

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA VEŘEJNÉ EKONOMIKY

Hospodaření vybraných zdravotních pojišťoven
Financial Management of Selected Health Insurance Companies

Student: Bc. Dagmar Juříková
Vedoucí diplomové práce: Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.

Ostrava 2015

Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Dagmar Juříková**
Studijní program: **N6202 Hospodářská politika a správa**
Studijní obor: **6202T055 Veřejná ekonomika a správa**
Téma: **Hospodaření vybraných zdravotních pojišťoven**
Financial Management of Selected Health Insurance Companies

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
 2. Systém zdravotních pojišťoven v ČR
 3. Analýza hospodaření vybraných zdravotních pojišťoven
 4. Zhodnocení hospodaření vybraných zdravotních pojišťoven
 5. Závěr
- Seznam použité literatury
Seznam zkratek
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce
Seznam příloh
Přílohy

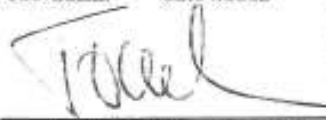
Seznam doporučené odborné literatury:

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
ČERVINKA, Tomáš. *Zdravotní pojištění 2014: zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ*. 6. aktualiz. vyd. Olomouc: ANAG, 2014. 175 s. ISBN 978-80-7263-860-4.
NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.**

Datum zadání: 21.11.2014
Datum odevzdání: 25.04.2015


doc. Ing. Petr Tománek, CSc.
vedoucí katedry




prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová
děkanka fakulty

„Místopřisežně prohlašuji, že jsem celou diplomovou práci včetně všech příloh vypracovala samostatně. Přílohy č. 2, č. 3, č. 5 dané mi k dispozici jsem samostatně doplnila“.

V Ostravě 25. dubna 2015

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dagmar Juříková', with a stylized flourish at the end.

Bc. Dagmar Juříková

Obsah

1	Úvod.....	4
2	Systém zdravotních pojišťoven v ČR.....	7
2.1	Veřejné zdravotní pojištění v ČR jako zdroj financování zdravotní péče.....	11
2.2	Fondy zdravotních pojišťoven.....	17
2.3	Příjmy veřejného zdravotního pojištění	21
2.4	Výdaje veřejného zdravotního pojištění.....	24
2.5	Dílčí shrnutí.....	27
3	Analýza hospodaření vybraných zdravotních pojišťoven.....	29
3.1	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky.....	30
3.1.1	Hospodaření Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR.....	33
3.2	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví.....	35
3.2.1	Hospodaření Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví.....	37
3.3	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.....	38
3.3.1	Hospodaření České průmyslové zdravotní pojišťovny	41
3.4	Rezervní fond a fond prevence.....	43
3.5	Dílčí shrnutí.....	45
4	Zhodnocení hospodaření vybraných zdravotních pojišťoven	47
4.1	Závazky a pohledávky vybraných zdravotních pojišťoven.....	50
4.2	Dílčí shrnutí.....	54
5	Závěr.....	56
	Seznam literatury.....	58
	Seznam zkratk	62
	Prohlášení o využití výsledků diplomové práce	
	Seznam schémat	
	Seznam obrázků	
	Seznam tabulek	
	Seznam příloh	

1 Úvod

Zdraví představuje pro jednotlivce, rodiny i společnost jedinečnou hodnotu. Představuje základní prvek osobní, ekonomické a sociální účasti. Zdraví není jenom biologická vlastnost člověka, ale komplexní stav, který umožňuje vykonávat životní a společenské role v plné míře bez omezení. Ochrana a podpora zdraví je z tohoto důvodu zájmem celé společnosti a odpovědností každého člověka. Náklady spojené s ochranou a podporou zdraví lze chápat jako investici do lidského kapitálu.

Zdraví obyvatelstva je dáno působením mnoha příčin, podmínek a jejich vzájemným působením. Jedná se o determinanty zdraví, které mohou lidský zdravotní potenciál upevnit nebo také narušit až zničit. Společnost všeobecně připouští působení těchto determinantů zdraví: genetická výbava jedince, životní prostředí, způsob života a úroveň zdravotní péče. Genetické dispozice a úroveň zdravotní péče se podílejí na zdravotním stavu populace přibližně 15 %, životní prostředí 20 % a životní styl jedince 50 %. Vývoj dnešní moderní společnosti je typický překotně se měnícími procesy, jejichž příčinou jsou lidské aktivity. Procesy se mění rychleji a v kratším čase, a lidský organismus není schopen se adaptovat během několika let, měsíců či dnů. Tak vstupují do hry o zdraví další determinanty, kterými jsou např. čas, prostor a globalizace.

Zdraví je obecně podmíněno výše zmíněnými vlivy a jejich relacemi. Avšak konkrétní zdravotní stav dané populace je dán „místními“ podmínkami ve společnosti. Demografií, tradicemi, hospodářskou vyspělostí, sociálními poměry a systémem zdravotnictví. Z tohoto důvodu nemůže existovat jeden (případně dva a více) unifikovaný model aplikovatelný do všech států. Všechny proměnné veličiny a podmínky se promítají do modelu zdravotního systému, určují organizaci, kvalitu, priority, vstupy a vlivy působení systému na stav zdraví jedinců ve společnosti. Přesto mají koncepce zdravotnických systémů v různých zemích společný problém. Strmý růst nákladů na zdravotní péči a zdravotnictví jako celku na jedné straně a nedostatečné zdroje financování na straně druhé. Konstrukce systému by měla směřovat k efektivitě vynaložených nákladů a maximální kvalitě péče v daných podmínkách.

Jak získat finanční zdroje a zajistit jejich efektivní alokaci se řeší v rámci financování péče o zdraví. V zásadě existuje několik možností financování zdravotních služeb. Přímé úhrady od pacientů, z daňových výnosů, soukromým pojištěním a pomocí veřejného zdravotního pojištění na základě příspěvků pojištěnců. Aktéry posledně jmenovaného systému jsou zdravotní pojišťovny, které přímo financují zdravotnická zařízení.

System veřejného zdravotního pojištění, založený na existenci zdravotních pojišťoven, vznikl v České republice po roce 1990. Byl zaveden s ohledem na národní tradice a pojetí solidarity, s cílem zajistit finanční zdroje mimo státní rozpočet. Rozsah poskytované zdravotní péče pro pacienty – pojištěnce stanovuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotní pojištění je v České republice povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR a pro osoby, které nemají trvalý pobyt, ale staly se zaměstnanci zaměstnavatele se sídlem na území ČR, popř. které získaly trvalý pobyt a slouží k financování zdravotních služeb.

Hlavním cílem diplomové práce je na základě analýzy hospodaření vybraných zdravotních pojišťoven v České republice v rozmezí let 2009 až 2013 prověřit hospodaření základního fondu zdravotního pojištění z hlediska skutečných příjmů a výdajů. V návaznosti na stanovený cíl diplomové práce jsou stanoveny následující hypotézy.

První hypotézou diplomové práce je ověření, že skutečně vybrané pojistné po přerozdělení převyšuje skutečné výdaje vybraných zdravotních pojišťoven ve sledovaném období. Druhou hypotézou je, že skutečné výdaje na zdravotní péči na jednoho pojištěnce ve sledovaném období rostou.

V diplomové práci jsou použity metody komparace údajů vybraných témat, analýzy a deskriptivní analýzy.

Diplomová práce je rozdělena kromě úvodu a závěru do tří kapitol. První kapitola diplomové práce je úvodem do problematiky systému zdravotních pojišťoven v České republice, ze kterého vycházejí zjištěné poznatky pro danou problematiku. Tato kapitola popisuje vybrané zdravotní pojišťovny. Dále vymezuje variabilitu počtu činných zdravotních pojišťoven, okruh plátců pojistného a vyměřovací základy pro různé typy plátců a způsob hospodaření.

Následující kapitola analyzuje hospodaření vybraných zdravotních pojišťoven. Analýza hospodaření se pro účely diplomové práce týká pouze tří vybraných zdravotních pojišťoven: Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR, České průmyslové zdravotní pojišťovny a Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví. Hospodaření každého subjektu primárně znamená rozbor příjmů a výdajů. Tyto veličiny hospodaření pro vybrané zdravotní pojišťovny jsou proto obsahem této kapitoly. Rozbor se týká příjmů vstupujících do systému, jejich členěním a vývojem v čase. Úhrada poskytnuté

péče za pojištěnce – pacienti je pak výstupem ze systému. Všechny analyzované veličiny diplomové práce jsou sestaveny do časového sledu v rozpětí let 2009 až 2013.

Poslední kapitola diplomové práce komparuje výsledky získané rozbořem hospodaření vybraných zdravotních pojišťoven ve sledovaném období let 2009 až 2013. Rozbořem skutečných příjmů a výdajů základního fondu zdravotního pojištění bude zjištění odlišností v hospodaření s tímto fondem.

Diplomová práce vychází ze studia odborné knižní literatury, platné legislativy, dále z internetových zdrojů relevantních subjektů, zabývajících se problematikou zdravotnictví.

Diplomová práce se opírá o platnou legislativu k 1. dubnu 2015.

2 Systém zdravotních pojišťoven v ČR

Česká republika disponuje zdravotnickým systémem, který je založen na všeobecném zdravotním pojištění. Je to druh povinného pojištění, na jehož základě je plně nebo částečně hrazena zdravotní péče pojištěnce s cílem ochrany, prevence nebo navrácení zdraví. Nositeli zdravotního pojištění jsou zdravotní pojišťovny. Protože je lidské zdraví nejcennější hodnotou v životě, vkládají se do zdravotnického systému značné finanční prostředky. Zdravotnictví je z tohoto pohledu samostatným hospodářským systémem se specifickými rysy s různými zdravotnickými i ekonomickými funkcemi. Efektivita, hospodárnost a struktura tohoto seskupení souvisí s uspořádáním celého systému do funkčního celku. Obecně platí, že všechny jevy v přírodě jsou uspořádány do systémů, které mohou mít celou řadu dalších podsystémů. Systémy se skládají z prvků určitých vlastností a jejich relací. Každý systém se vyznačuje obecnými znaky: vstup – input, transformace vstupu a výstup – output. Tyto znaky dokumentuje schéma 2.1.

Schéma 2.1 Znaky systému

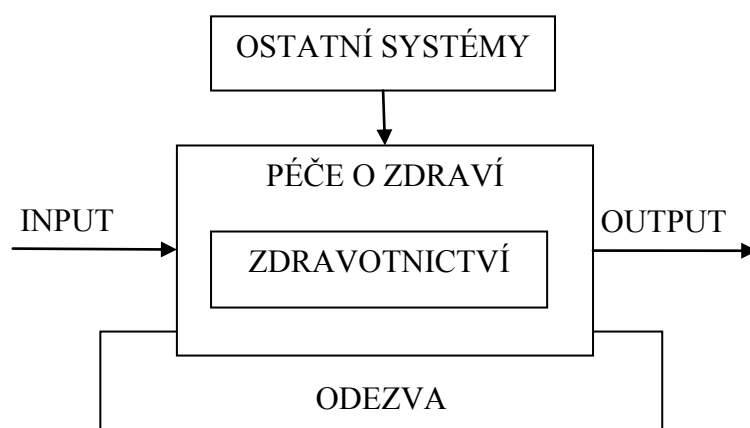


Zdroj: ZLÁMAL, Jaroslav. *Ekonomika zdravotnictví*. 2013. s. 8. Vlastní zpracování.

Zlámal (2013) uvádí, že výstup ze systému může být konečný nebo je vstupem pro jiný systém. Z tohoto hlediska je hospodářský systém definován jako uzavřený dynamický systém. Vstupují do něj lidé, stroje, zařízení, energie a informace. Postupnou přeměnou vstupů vznikají výrobky, služby nebo informace, z nichž se některé vracejí do systému a vytvářejí užitečnou zpětnou vazbu pro kontrolní funkci procesů.

Chod systému ovlivňuje ekonomické podstatné okolí, které je teritoriem aktivit dalších ekonomických subjektů. Ekonomické podstatné okolí tvoří odběratelé, dodavatelé, konkurence, banky, obce, nadřízené orgány, státní organizace apod. Znakem úspěšnosti daného systému je schopnost pružně reagovat na změny okolí. Výsledkem reakce na změny je účinnost, užitečnost a efektivnost systému. Účinnost je schopnost transformovat zdroj do požadovaného funkčního výstupu. Užitečnost vypovídá o smyslu a použitelnosti prvku. Efektivnost znamená ekonomickou prospěšnost, je to snaha o minimální náklady nebo maximální zisky.

Schéma 2.2 Systém „péče o zdraví“



Zdroj: ZLÁMAL, Jaroslav. *Ekonomika zdravotnictví*. 2013. s. 16. Vlastní zpracování.

Z tohoto pohledu je zdravotnictví samostatným systémem, který je současně podsystemem péče o zdraví jak ukazuje schéma 2.2. Péče o zdraví¹ je velmi široký pojem a samotné zdravotnictví je jen jeho částí. Oba systémy jsou propojené, musí mít na vstupu i výstupu stejné obecné prvky a společný cíl. Požadovaným základním cílem je zdraví obyvatel současných i budoucích. Přitom zdraví je ovlivňováno celou řadou faktorů, sociálními, kulturními, společenskými, ekonomickými i politickými. Za světové vlivy lze považovat přírodní podmínky života na zemi, světovou ekonomiku a světové pandemie.

Ochrana (2010) tvrdí, že zdravotní systém je systémem produkčním, protože ke své činnosti potřebuje vstupní zdroje a produkuje výstupy. Na jejich transformaci jsou vynaloženy náklady. Transformační proces je vyjádřen vstupy, kterými jsou lidské zdroje, finanční zdroje a věcné zdroje a na výstupu identifikujeme poskytování služeb, zdravotnické výkony, které mohou svým uživatelům poskytnout uspokojení z jejich užití. Uvnitř systému probíhá transformace vstupů na požadované výstupy, přičemž z hlediska racionality záleží na ekonomických relacích mezi nimi.

Jak uvádí Zlámal (2013) nejsou prostředky vkládané do systému zdravotnictví nikdy přímo úměrné výsledkům. Diagnostika, léčba a prevence mohou být velmi nákladné, avšak efekt nemusí být jednoznačný, mnohdy není žádný nebo je i negativní. Je to dáno vrozenými dispozicemi člověka, dostupností a kvalitou péče, úrovní vědeckých léčebných metod a jejich aplikací.

¹ Péče o zdraví patří do oblasti služeb. Je to finančně nejnáročnější sektor národního hospodářství.

Zkoumáním výše a struktury nákladů vložených do péče o zdraví se ukazuje, že náklady spadají do různých oborů, i nemedicínských (sociální služby, transport pacienta, osvěta apod.). Některé z nich mohou přispívat ke zlepšení zdraví nepřímo. Osvěta se projevuje snížením výskytu onemocnění a to se odrazí v nižší pracovní neschopnosti.

Vyšší střední délka života a jeho kvalita se nepřímo promítne do hospodářských výnosů společnosti. Zdravotnictví ve vyspělých státech dbá o zdraví a kvalitu života každého občana, pomoc je založena na principech lidskosti, etiky a solidarity.

Role státu spočívá v budování sítí zdravotnických zařízení a systému úhrad zdravotních služeb. Míra podílu státu na nákladech zdravotní péče a podílu ostatních subjektů je velmi problematická. Na toto téma existuje mnoho rozdílných názorů mezi odborníky ve zdravotnictví, ekonomy, politiky a veřejností. Je však nesporné, že vždy bude ve hře spor mezi etikou a ekonomikou. Jisté však je, že vyspělé společnosti musí hradit část nákladů i z veřejných financí. Mnohé společnosti proto přistupují k transformacím nebo reformám zdravotnických systémů tak, aby byla zajištěna jejich komplexní funkce. Rozsah péče je závislý na makroekonomických veličinách daného státu. Na výši inflace, zadlužení, na systému daní, sociálního a zdravotního pojištění a vývoji hrubého domácího produktu (dále jen HDP). Je zřejmé, že růst HDP umožňuje přerozdělovat více prostředků do všech oblastí národního hospodářství, to znamená i do zdravotnictví. Úroveň zdravotnictví přímo souvisí s hospodářskou vyspělostí společnosti. Celkové výdaje na zdravotnictví České republiky dosáhly k 31. 12. 2013 přibližně 7,49² % HDP. V následující tabulce 2.1 jsou uvedené podíly celkových výdajů zdravotnictví na HDP ve vybraných zemích OECD.

² Předběžný údaj. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ÚZIS. *Výdaje na zdravotnictví*. [online].

Tab. 2.1 Podíly celkových výdajů zdravotnictví na HDP ve vybraných zemích OECD (v %)

	Podíl celkových výdajů na HDP v %				
Země	2009	2010	2011	2012	Průměr
Belgie	10,7	10,6	10,6	10,9	10,70
Česká republika	8,0	7,4	7,5	7,5	7,55
Dánsko	11,5	11,1	10,9	11,0	11,13
Finsko	9,2	9,0	8,9	9,1	9,05
Francie	11,6	11,6	11,5	11,6	11,58
Irsko	9,9	9,2	8,7	8,9	9,18
Island	9,6	9,3	9,0	9,0	9,23
Itálie	9,4	9,4	9,2	9,2	9,30
Japonsko	9,5	9,6	10,1	10,3	9,88
Kanada	11,1	11,1	10,9	10,9	11,00
Korea	7,2	7,3	7,4	7,6	7,38
Lucembursko	8,1	7,6	7,3	7,1	7,53
Maďarsko	7,7	8,1	8,0	8,0	7,95
Německo	11,8	11,6	11,2	11,3	11,48
Nizozemsko	11,9	12,1	12,1	*	*
Norsko	9,7	9,4	9,3	9,3	9,43
Polsko	7,2	7,0	6,9	6,8	6,98
Portugalsko	10,8	10,8	10,2	*	*
Rakousko	11,2	11,1	10,9	11,1	11,08
Řecko	10,2	9,5	9,8	9,3	9,70
Slovensko	9,2	8,5	8,0	8,1	8,45
Spojené království	9,7	9,4	9,2	9,3	9,40
Španělsko	9,6	9,6	9,4	*	*
Švédsko	9,9	9,5	9,5	9,6	9,63
Švýcarsko	11,0	10,9	11,1	11,4	11,10
Turecko	6,1	5,6	5,3	5,4	5,60
USA	17,1	17,0	17,0	16,9	17,00

* Údaj není dostupný.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ÚZIS ČR. *Vybrané ukazatele ekonomiky zdravotnictví v mezinárodním srovnání* [online]. Vlastní zpracování.

Podíl výdajů na celkovém hrubém domácím produktu je běžný ukazatel používaný pro srovnání mezi zeměmi. Data mohou být ovlivněna cenovými hladinami v jednotlivých státech a také odlišnostmi statistických metodik.

Prostředky na financování zdravotní péče v České republice plynou především z výběru pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, ze státního rozpočtu, územních rozpočtů

a z domácností. Výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění zabezpečují zdravotní pojišťovny České republiky (dále jen ZP). Z kapitoly č. 398 Všeobecná pokladní správa státního rozpočtu se odvádí prostředky za pojištěnce, za které hradí pojistné stát.

Doplňkovým zdrojem finančních prostředků jsou veřejné rozpočty. Jejich úloha spočívá v úhradě činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, které nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění³. Z veřejných rozpočtů se hradí provoz institucí zdravotní správy, kterými jsou Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR), Státní zdravotní ústav, Státní ústav pro kontrolu léčiv a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Péče poskytovaná v sociálních zařízeních se také nehradí z veřejného zdravotního pojištění, z tohoto důvodu je hrazena z prostředků zřizovatelů a Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky.

Přímé výdaje domácností jsou dalším zdrojem pro financování zdravotní péče. Jeho význam roste, i když systém neumožňuje pacientům přímou platbu části péče nad rámec hrazené péče. Domácnosti si převážně hradí příplatky k předepsaným lékům, prostředky zdravotnické techniky, nadstandardní služby u specialistů, nadstandardně vybavené pokoje v nemocnicích, platby za lázně a různá potvrzení od lékařů.

Za další zdroje financování můžeme považovat neziskové organizace nebo cestovní zdravotní pojištění (Ochrana, 2010).

2.1 Veřejné zdravotní pojištění v ČR jako zdroj financování zdravotní péče

Statutární zdravotní pojištění bylo v České republice zavedeno v rozmezí let 1992 až 1993. Legislativní rámec tvoří zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů⁴, zákon č. 592/1992

³ Věda a výzkum, vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, hygienické stanice apod.

⁴ Původní zákon č. 550/1991 Sb., České národní rady o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Veřejné zdravotní pojištění je povinné pro občany s trvalým pobytem na území ČR (bez ohledu na státní občanství) a pro cizince, kteří pracují pro zaměstnavatele se sídlem v ČR. Ze systému se nelze odhlásit, avšak při dlouhodobém pobytu v cizině lze pojištění přerušit při dodržení zákonných podmínek⁵. Zdravotní pojištění se nevztahuje na pojištění dávek v době nemoci, tato oblast patří do kompetence nemocenského pojištění a České (okresní) správy sociálního zabezpečení. Zdravotní pojištění provádějí zdravotní pojišťovny. K 1. 1. 2015 působí v systému sedm zdravotních pojišťoven:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (dále jen VZP ČR),
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (dále jen ZPMV ČR),
- Vojenská zdravotní pojišťovna (dále jen VoZP),
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (dále jen ČPZP),
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (dále jen OZP),
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda,
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

Počty zdravotních pojišťoven v České republice se vyvíjely v čase, důvodem změny bylo sloučení s jinou ZP nebo její zánik. Největší počet zdravotních pojišťoven, a to v počtu 27 bylo evidováno v roce 1995. Jejich názvy, kódy a data vzniku a změn udává příloha č. 1.

Zvláštní postavení má VZP ČR, která je zřízena ze zákona⁶, a která nese hlavní díl zodpovědnosti za funkci systému zdravotního pojištění. Vede registr pojištěnců veřejného zdravotního pojištění, spravuje tzv. zvláštní účet pro přerozdělení pojistného a vede administraci celého systému. Resortní, oborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny vykonávají činnost na základě licence, kterou udílí Ministerstvo zdravotnictví ČR, pokud zdravotní pojišťovny splní všechny zákonné podmínky. Jak tvrdí Barták (2010), pravidla pro činnost se však od pravidel pro VZP ČR zásadně neliší. Rozdíly jsou uvedeny v příloze č. 2. Jednotlivé zdravotní pojišťovny se mohou odlišovat smluvně vůči poskytovatelům

⁵ Pobyt v cizině trvá nejméně 6 měsíců nepřetržitě, osoba musí být v cizině zdravotně pojištěná a písemně prohlášení o pobytu v cizině bylo předloženo příslušné zdravotní pojišťovně.

⁶ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

zdravotní péče, rozhodují se, s kým se smluvně spojí a jakých zdravotních služeb se smluvní vztah bude týkat. Rozsah smluv vyplývá z výsledku vyjednávání mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovateli zdravotní péče. Součástí řízení jsou také ceny péče na následující období. Výsledky kolektivního řízení musí potvrdit Ministerstvo zdravotnictví ČR. Rozsah zdravotních služeb je dán zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a je závazný pro všechny pojišťovny.

Malý prostor pro odlišení poskytuje pouze objem prostředků na fondu prevence, který je naplňován přídělem ze základního fondu ve výši pokut, penále, přírážek k pojistnému a úroků banky.

Již zmíněné zákony, vymezující zdravotní pojištění, stanoví okruh plátců pojistného na zdravotním pojištění. Plátcí se člení do několika základních skupin. Jsou jimi zaměstnavatelé a pojištěnci (zaměstnanci, osoby bez zdanitelného příjmu, osoby samostatně výdělečně činné) také stát:

- zaměstnavatel – odvádí pojistné za své zaměstnance ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu⁷ ve prospěch příslušné zdravotní pojišťovny, u které je zaměstnanec registrován. Zaměstnavatelem je právnická nebo fyzická osoba, která je plátcem daně z příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků a zaměstnává pracovníky. Sídlo zaměstnavatele nebo trvalý pobyt je na území ČR.⁸
- pojištěnec - je plátcem pojistného pokud je zaměstnancem a má příjmy dle § 6 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, nebo je osobou samostatně výdělečně činnou. Do roku 2007 existovala návaznost na účast v nemocenském pojištění. Teprve od roku 2008 se posuzuje zaměstnanec zvlášť pro zdravotní a nemocenské pojištění.⁹ Pojistné platí také osoba bez zdanitelných příjmů, za kterou se považuje osoba, která nemá příjmy ze zaměstnání, ani není osobou samostatně výdělečně činnou a pojistné za ni neplatí stát. Pokud tyto skutečnosti platí celý kalendářní měsíc, osoba bez zdanitelného příjmu platí pojistné ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu.¹⁰

⁷ Vyměřovacím základem je hrubá mzda zaměstnance.

⁸ § 6, zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů.

⁹ Za zaměstnance se nově považují např. členové statutárních orgánů, likvidátoři a mandatáři.

¹⁰ Vyměřovacím základem je minimální mzda. Od 1. ledna 2015 je stanovena ve výši 9 200 Kč.

- stát – je plátcem pojistného za vyjmenované osoby ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu, který je stanoven fixní částkou pro daný rok dle tabulky 2.2. Státními pojištěnci jsou nezaopatřené děti, poživatelé důchodu, příjemci rodičovského příspěvku, ženy na mateřské dovolené, osoby na rodičovské dovolené, uchazeči o zaměstnání¹¹, osoby pobírající dávku hmotné nouze a společně posuzované osoby, osoby závislé na péči jiné osoby a osoba pečující, osoby konající službu v ozbrojených silách, osoby ve výkonu trestu odnětí svobody a mladiství umístění ve školském zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy.¹²

Tab. 2.2 Vyměřovací základ a pojistné u osob, za které platí pojistné stát (v Kč)

Od	Do	Vyměřovací základ v Kč	Pojistné v Kč
1. 7. 2001	31. 12. 2002	3250	439
1. 1. 2003	31. 12. 2003	3458	467
1. 1. 2004	31. 12. 2004	3520	476
1. 1. 2005	31. 12. 2005	3556	481
1. 1. 2006	31. 1. 2006	3798	513
1. 2. 2006	31. 3. 2006	4144	560
1. 4. 2006	31. 12. 2006	4709	636
1. 1. 2007	31. 12. 2007	5035	680
1. 1. 2008	31. 12. 2009	5013	677
1. 1. 2010	31. 10. 2013	5355	723
1. 11. 2013	30. 6. 2014	5829	787
1. 7. 2014		6259	845

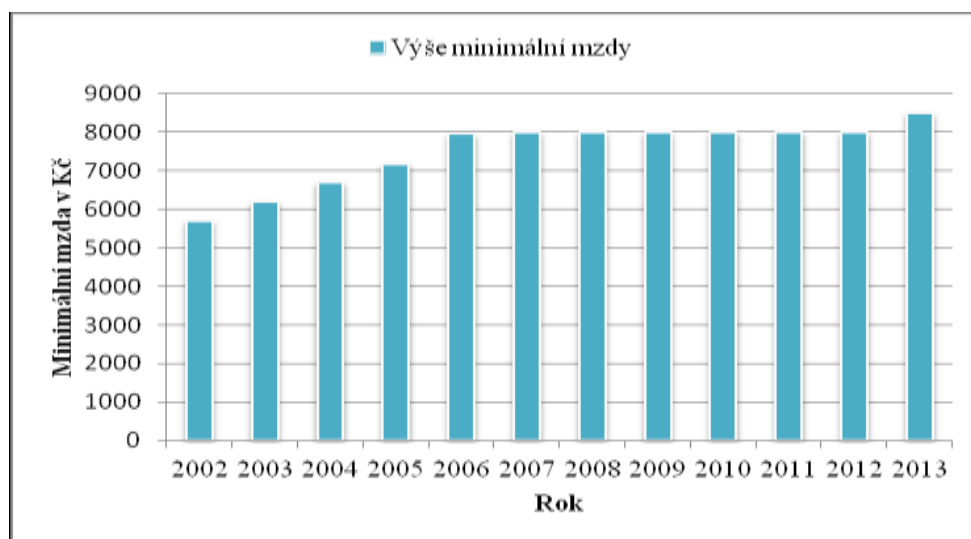
Zdroj: ČERVINKA, Tomáš. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ s komentářem a příklady*. 2013. s. 95. Vlastní zpracování.

Vyměřovacím základem pro zaměstnance a osoby bez zdanitelných příjmů pro výpočet pojistného je minimální mzda. Je to nejnižší možná výše příjmu v podnikatelské oblasti i ve veřejné správě, při neexistenci kolektivní smlouvy. Minimální mzda plní ochrannou funkci. Smyslem je zajistit, aby příjmy neklesaly pod akceptovatelnou úroveň ve společnosti. Vývoj minimální mzdy v ČR znázorňuje následující obrázek 2.1. Údaje se vztahují k týdenní pracovní době v rozsahu 40 hodin.

¹¹ Fyzická osoba, která osobně požádá o zprostředkování vhodného zaměstnání úřad práce, v jehož správním obvodu má bydliště, a při splnění zákonem stanovených podmínek je úřadem práce zařazena do evidence uchazečů o zaměstnání. Dle § 24 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

¹² ČERVINKA, Tomáš. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ s komentářem a příklady*. s. 94–100. 2013.

Obr. 2.1 Vývoj minimální mzdy v letech 2002–2013 (v Kč)



Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Vlastní zpracování.

Změna výše minimální mzdy se obvykle datuje k 1. 1. daného roku a v průběhu roku se nemění. Avšak léta 1999, 2000 a 2006 jsou v tomto směru výjimečné, protože v nich došlo ke změně výše minimální mzdy také v pololetí.¹³

Od 1. 1. 2015 je minimální mzda stanovena ve výši 9 200 Kč při 40 hodinové týdenní pracovní době¹⁴. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (dále jen MPSV ČR) se chystá zvyšovat minimální mzdu i v následujících letech cca o 500 až 700 Kč ročně. Předpokládá se, že v roce 2018 by mohla dosáhnout výše až 11 200 Kč.

Základním pramenem pro existenci minimální mzdy je zákoník práce¹⁵. Minimální mzda je závazná pro zaměstnance v pracovním poměru i pro činnosti konané na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr¹⁶. V podnikatelské sféře u organizací bez uzavřené kolektivní smlouvy platí zároveň institut zaručené mzdy. Ve veřejné správě se vedle minimální mzdy uplatňují platové tarify. Kontrolu v oblasti dodržování pracovněprávních předpisů vykonává Státní úřad inspekce práce.

Vyměřovací základ pro pojištěnce, za které platí zdravotní pojištění stát, souvisí s všeobecným vyměřovacím základem, který se stanoví nařízením vlády pro účely

¹³ Minimální mzda se měnila takto. Od 1. 1. 1999: 3250 Kč. Od 1. 7. 1999: 3600 Kč. Od 1. 1. 2000: 4000 Kč. Od 1. 7. 2000: 4500 Kč. Od 1. 1. 2006: 7570 Kč. Od 1. 7. 2006: 7955 Kč.

¹⁴ Předpis č. 204/2014 Sb., nařízení vlády, kterým se mění nařízení vlády č. 567/2006 Sb., o minimální mzdě, o nejnižších úrovních zaručené mzdy, o vymezení ztíženého pracovního prostředí a o výši příplatku ke mzdě za práci ve ztíženém pracovním prostředí, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁵ Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁶ Dohoda o provedení práce. Dohoda o pracovní činnosti.

důchodového pojištění za kalendářní rok, který předchází aktuálnímu roku o dva roky podle tabulky 2.2. V letech 2008 až 2009 byl vyměřovací základ ve výši 25 % všeobecného vyměřovacího základu. Od roku 2010 je vyměřovací základ stanoven fixní částkou.

Vyměřovací základ pro tzv. státní pojištěnce vzrostl od roku 2000 do 2014 z původní částky 2 900 Kč na nynější (k 1. 1. 2015) výši 6 259 Kč. Přestože se vyměřovací základ (i pojistné) zvýšil cca 2,15 krát, jeho výše je stále nižší, než stanovená minimální mzda. Zvyšování nebo nezvyšování příspěvků státu na uvedené pojištěnce je diskutované téma v otázce transparentnosti zdravotnictví.

Zdravotní pojišťovny přímo financují státní a soukromá zdravotnická zařízení, nemocnice a polikliniky, léčebny, dopravní zdravotní služby a další zařízení na základě smluvního vztahu. Zdravotnická zařízení lze dělit dle typu zřizovatele na státní, resp. nestátní zdravotnická zařízení. Podle jejich činnosti na fakultní nemocnice, nemocnice akutní péče, nemocnice následné péče, ambulance, léčebny dlouhodobě nemocných, rehabilitační ústavy, lékárny a dopravní zdravotní služby. Množství a kvalita zdravotního zařízení v daném místě tvoří nabídku zdravotní péče.

Zdravotní pojišťovny získávají finanční prostředky od výše uvedených plátců pojistného, kterými se hradí tyto nejdůležitější části:

- zdravotní služby,
- zdravotnická výroba (léčiva, zdravotnické pomůcky),
- výzkum a vývoj,
- zdravotnická výchova.

Při hrazení zdravotních služeb je třeba mít na zřeteli nejvyšší možnou efektivnost. Podmínkou je všeobecná dostupnost služeb pro všechny občany ve stejné míře. Zdravotní služby mají významný vliv pro rozvoj společnosti. Proto stát zasahuje do nabídky těchto služeb zejména z důvodu nedostatečné konkurence na trhu zdravotních služeb¹⁷, pacienti si většinou neplatí péči přímo a nemají znalosti o jejich skutečné hodnotě. Spotřeba se nedá dopředu předvídat, pacienti nemají dostatek informací o nabídce. Zdravotní služby patří mezi „statky pod ochranou“ a stát má zájem na jejich spotřebě a kvalitě.¹⁸

Zdravotní služby jsou v ekonomii považovány převážně za smíšené statky. Vyznačují se velkým množstvím nesourodých druhů, které se mohou nabídnout jako služby.

¹⁷ Ne všechna zařízení jsou vhodná pro poskytnutí určité služby. Služby jsou různorodé a specifické.

¹⁸ Podpora očkování proti epidemickým nemocem, propagace prevence a zdravého životního stylu.

Je společensky přínosné poskytovat občanům tyto služby, protože přispívají k udržení a zvýšení kvality života. Náklady na jejich poskytování se dělí do těchto hlavních skupin¹⁹:

- ambulantní péče a specializovaná ambulantní péče – všeobecní praktičtí lékaři, zubní lékaři, gynekologie a porodnictví, rehabilitační a diagnostická péče, domácí péče,
- lůžková zdravotní péče – nemocnice, odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, lůžka v zařízeních hospicového typu, ošetrovatelská lůžka,
- lázeňská léčebně rehabilitační péče,
- služby ozdravoven,
- přepravní služby,
- zdravotnická záchranná služba,
- léky vydané na recept, zdravotnické prostředky.

Investiční prostředky jsou čerpány také z rozpočtů krajských a obecních úřadů, které fungují jako doplňkový zdroj pro financování vědy a výzkumu, provoz státních institucí ve zdravotnictví, vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví apod.

2.2 Fondy zdravotních pojišťoven

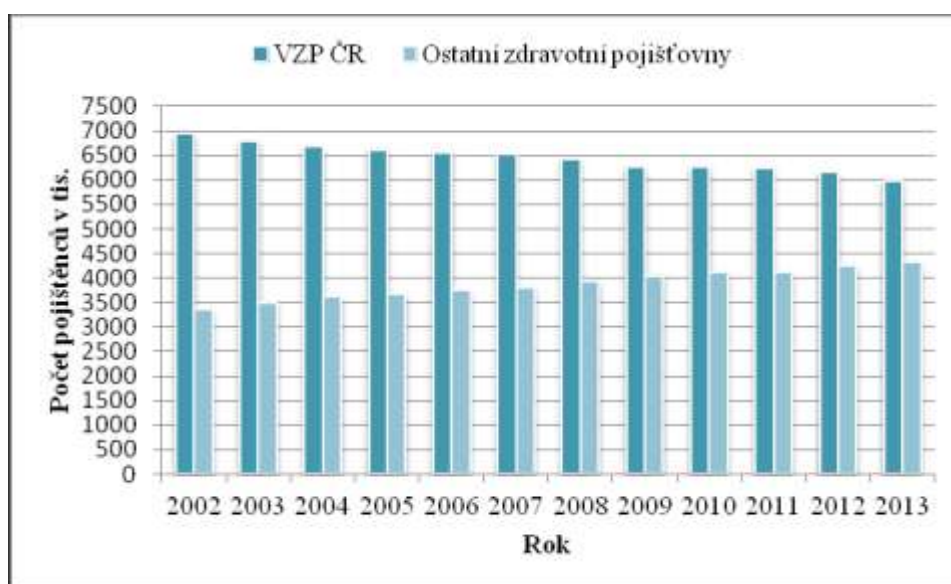
Hlavním smyslem existence zdravotních pojišťoven je povinnost hradit poskytovatelům vykonanou činnost (úhradu zdravotní péče) dle platné legislativy a ve smyslu uzavřených smluv. Platí pro všechny zdravotní pojišťovny bez rozdílu. Resortní, oborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny se mohou odlišovat pouze v míře poskytnutých nadstandardních úhrad. Mohou poskytovat vyšší částky např. na ozdravovny pro děti, prevenci, očkování, zdravotní pomůcky a jiné výhody.

Zdravotní pojištění se vztahuje na všechny občany daného státu a je pro ně povinné²⁰. Po vzniku zdravotních pojišťoven si pojištěnci mohli svou pojišťovnu sami zvolit, a ti kteří tak neučinili, se stali pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (dále jen VZP ČR), která vznikla ze zákona. VZP ČR je největší zdravotní pojišťovnou České republiky, avšak se vznikem zaměstnaneckých pojišťoven dochází logicky k úbytku jejích pojištěnců.

¹⁹ Ministerstvo zdravotnictví ČR: *Struktura segmentů zdravotní péče*. [online].

²⁰ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Obr. 2.2 Vývoj průměrného počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven (v tis.)



Zdroj: Ministerstvo financí ČR, Státní závěrečné účty 2002–2013. Vlastní zpracování.

Z obrázku 2.2 vyplývá tendence stálého poklesu pojištěnců VZP ČR s výjimkou roku 2010, kdy naopak pojištěnců oproti roku 2009 přibýlo. Odliv pojištěnců VZP ČR začal v návaznosti na vznik resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven. Rok 2010 je spojen s využitím konkurenční výhody pro VZP ČR ve formě elektronických zdravotních knížek (dále jen projekt IZIP). Na základě tohoto projektu se podařilo zastavit pokles pojištěnců a projevil se nový přístup orientovaný na klienty. Výroční zpráva VZP ČR z roku 2010 uvádí, že projekt IZIP přinesl VZP ČR o 53 254 pojištěnců více, přičemž pozitivní účinek přetrval částečně i v roce 2011. Trend snižování stavu pojištěnců se však vrací po zákazu používání knížky IZIP jakožto nástroje konkurenční výhody.

Průměrný počet pojištěnců klesl i v roce 2014, kdy Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR podle údajů zdravotně pojistného plánu předpokládala registraci 5 966 000 pojištěnců. Toto číslo představuje pokles meziročně o 0,4 %²¹.

Hospodaření zdravotních pojišťoven je založeno na bázi fondů. Tvorbu a čerpání fondů (příjmy a výdaje) stanovuje vyhláškou Ministerstvo financí ČR (dále jen MF ČR).

Zdravotní pojišťovny vytvářejí na základě platné legislativy²² tyto fondy: základní fond zdravotního pojištění, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond prevence, fond majetku a fond reprodukce majetku, případně další účelové fondy.

²¹ Údaje čerpány ze zdravotně pojistného plánu VZP ČR pro rok 2014 [online].

Základní fond (dále jen ZFZP), jak vyplývá z jeho názvu, se dotýká přímo zdravotní péče. Tvorba fondu zahrnuje vybrané pojistné od plátců pojistného (pojištěnci, zaměstnavatelé, osoby bez zdanitelných příjmů, osoby samostatně výdělečně činné, stát), výsledky přerozdělování pojistného, škody, pokuty, přirážky a penále k pojistnému, úroky z bankovních vkladů, pohledávky, dary apod. Čerpání fondu představují úhrady zdravotní péče, překročení limitů pro regulační poplatky u pojištěnců, přiděly do ostatních fondů a regulační poplatky.

Rezervní fond (dále jen RF) je tvořen přiděly ze základního fondu. Jeho výše je odvozena od průměrných výdajů základního fondu zdravotního pojištění za poslední tři kalendářní roky. Výše je stanovena na 1,5 % z tohoto průměru. Čerpání z rezervního fondu je stanoveno zákonem²³. Patří sem nezvykle vysoký počet onemocnění, přírodní katastrofy a schodek hospodaření základního fondu.

Provozní fond (dále jen PF) se používá pro krytí provozních nákladů pojišťovny. Zdroje fondu tvoří převod ze základního fondu zdravotního pojištění, bankovní úroky z vkladů a ostatní příjmy. Výdajem jsou náklady na činnost, přiděly do fondu reprodukce majetku ve formě odpisů a převod do sociálního fondu.

Sociální fond (dále jen SF) disponuje prostředky z provozního fondu ve výši do dvou procent z ročních nákladů na mzdy. Dále sem patří úroky z bankovního účtu a splátky půjček. Prostředky SF se použijí ke krytí sociálních, kulturních a společenských potřeb zaměstnanců.

Fond majetku (dále jen FM) slouží k pořízení dlouhodobého majetku a jeho správy. Tvoří se přidělem z provozního fondu.

Fond prevence (dále jen Fprev) financuje preventivní programy dané pojišťovnou a je tvořen přiděly základního fondu.

Výsledky fondového hospodaření zachycují každoroční výroční zprávy o hospodaření zdravotních pojišťoven. Ministerstvo zdravotnictví ČR začíná od července 2013 pravidelně zveřejňovat zůstatky na fondech zdravotních pojišťoven. Informace jsou zveřejňovány za účelem snadné orientace veřejnosti v hospodaření jednotlivých pojišťoven. Dostupné jsou v časových řadách počínajících rokem 2013.²⁴

²² Vyhláška MF č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, v platném znění.

²³ § 7 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů.

²⁴ Ministerstvo zdravotnictví ČR. MZ ČR. *Zůstatky na fondech zdravotních pojišťoven* [online].

Zdravotní pojišťovny vyhotovují základní dokument pro svou činnost, a to prostřednictvím Zdravotně pojistného plánu (dále jen ZPP).

Zdravotně pojistný plán povinně udává:

- plán příjmů a výdajů, členění na fondy,
- očekávaný počet pojištěnců,
- plán provozních nákladů,
- plánovaný rozsah hrazené zdravotní péče,
- zajištění dostupnosti zdravotních služeb,
- seznam smluvních zařízení poskytujících zdravotní služby.

Vyhotovený ZPP na následující rok předkládají zdravotní pojišťovny Ministerstvu financí ČR a Ministerstvu zdravotnictví ČR. Dále zdravotně pojistný plán schvaluje Poslanecká sněmovna na návrh vlády.²⁵ Následuje proces stanovení hodnoty bodů a úhrad smluvním poskytovatelům. Dohodovací řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených zdravotních služeb a regulační omezení, stanoví se financování zdravotní péče na další období (obvykle čtvrtletí). Účastníky tohoto řízení jsou zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci poskytovatelů. Výsledky jednání zveřejňuje ve věstníku Ministerstvo zdravotnictví ČR. Tzv. úhradová vyhláška²⁶ je publikována ve Sbírce zákonů ČR.

Z výše uvedeného vyplývá, že systém veřejného zdravotního pojištění je stanoven zákonnými normami. Objem a forma prostředků plynoucích do systému je dán zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, apod. Čerpání prostředků fondů a limity nákladů na vlastní činnost pojišťovny je dáno výhradně „úhradovými vyhláškami“ Ministerstva zdravotnictví ČR, které je prostředníkem ve vztahu mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče. Z tohoto modelu vyplývá, že příjmy i výdaje jsou stanoveny a zdravotní pojišťovny nemají reálnou možnost regulovat rovnováhu mezi zdroji a výrazně rychleji rostoucími výdaji.

²⁵ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *Zdravotně pojistné plány* [online].

²⁶ Vyhláška č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačního omezení pro rok 2015. Vyšlo ve Sbírce zákonů ČR, částka 129, dne 23. 12. 2014.

2.3 Příjmy veřejného zdravotního pojištění

Financování zdravotní péče je spjato s řešením otázky příjmů do systému. Jejich tvorbou, přerozdělováním a užitím. V podstatě existují čtyři různé způsoby financování systému péče o zdraví občanů:

- přímé úhrady pacientů,
- financování z daňových výnosů,
- soukromé zdravotní pojištění,
- veřejné zdravotní pojištění.

Jak uvádí Barták (2010), přímé úhrady patří k nejstaršímu způsobu úhrady zdravotní péče. Pacient hradí poskytnutou službu přímo poskytovateli²⁷. Tento systém je vhodný pouze pro poskytování primární zdravotní péče. Nákladné výkony jsou však pro mnohé pacienty nedostupné. Financování z daňových výnosů využívá zpravidla výnosů daně z příjmů, některých spotřebních daní nebo zvláštní zdravotní daně. Legislativa stanoví, jaká část daňových výnosů bude použita pro účely zdravotnictví. Kalkulace rizika je podkladem pro výpočet částky soukromého zdravotního pojištění. Pojišťovny pečlivě posuzují zdravotní stav a naději na dožití jedince. Je reálné, že pojištění je nedostupné pro lidi nemocné a ty s nižšími příjmy. Pojistné může být neúměrně vysoké, nebo pojišťovna také občana odmítne pojistit. Občan, který není ekonomicky aktivní a nespadá do kategorie státního pojištěnce, si platí pojistné sám²⁸. Systém může mít pouze jednu státní zdravotní pojišťovnu nebo variantu s více pojišťovnami a pojištěnec má právo volby. Systém funguje na principech solidarity, přerozdělování, dostupnosti péče, svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení.

Model systému veřejného zdravotního pojištění s variantou více pojišťoven je zaveden např. v Německu, Rakousku, Polsku a v České republice. Model založil Otto von Bismarck v roce 1881. Základem je činnost zdravotních pojišťoven a státu. Systém stanovuje bezplatné služby, částečně hrazené pacientem nebo služby plně hrazené pacientem.

Česká republika zavedla veřejné zdravotní pojištění v roce 1992. Peněžní prostředky vložené do systému veřejného zdravotního pojištění (dále jen v. z. p.) jsou součástí veřejných financí. Podkladem k hodnocení systému jsou prvotně účetní výkazy zdravotních pojišťoven, které se předávají k auditu Ministerstvu zdravotnictví ČR a Ministerstvu financí ČR. Roční

²⁷ Platba penězi nebo naturálním plněním.

²⁸ Osoba bez zdanitelných příjmů.

účetní závěrky a výroční zprávy zdravotních pojišťoven jsou sestavovány na základě tohoto hodnocení.

Příjmy vstupující do systému v. z. p. se člení do následujících základních kategorií:

- příjmy z vlastního výběru pojistného od ekonomicky činných plátců všech kategorií, po procesu přerozdělování,
- příjmy ze státního rozpočtu za zákonem stanovené pojištění,
- ostatní příjmy a výnosy do systému v. z. p., např. zahrnuje úroky z vkladů, penále, pokuty a přirážky k pojistnému,
- výnosy z výdělečné činnosti Pojišťoven. Různé formy připojištění a smluvního pojištění, které podléhají zdanění,
- platby od zahraničních Pojišťoven dle uzavřených smluv s Evropskou unií a dalšími státy.

Vyčíslení dosažených příjmů systému všeobecného zdravotního pojištění v letech 2002 až 2013 je obsahem následujících tabulek 2.3 a 2.4.

Tab. 2.3 Příjmy veřejného zdravotního pojištění v letech 2002–2007 (v mil. Kč)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Pojistné po přerozdělení	134 318	143 430	154 176	164 645	180 370	199 792
- ze SR na státní pojištění	30 491	32 112	33 483	34 369	42 309	47 789
Ostatní příjmy a výnosy	1 551	3 936	2 550	4 064	2 227	2 688
Příjmy z komerční činnosti	419	491	302	113	133	133
Příjmy od zahraničních pojišťoven	0	3	25	59	103	195
Celkové příjmy	136 288	147 860	157 053	168 881	182 833	202 808
Počet činných ZP	11	9	9	9	9	9

Zdroj: Ministerstvo financí ČR. Státní závěrečné účty 2002–2013. Vlastní zpracování.

Tab. 2.4 Příjmy veřejného zdravotního pojištění v letech 2008–2013 (v mil. Kč)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pojistné po přerozdělení	207 425	208 740	212 782	217 642	227 116	225 757
- ze SR na státní pojištěnce	47 159	49 204	52 473	52 960	58 976	53 676
Ostatní příjmy a výnosy	3 542	3 074	2 220	2 199	2 084	2 163
Příjmy z komerční činnosti	117	109	98	94	90	83
Příjmy od zahraničních pojišťoven	276	276	515	455	443	569
Celkové příjmy	211 360	212 199	215 615	220 390	229 733	228 572
Počet činných ZP	10	9	9	8	7	7

Zdroj: Ministerstvo financí ČR. Státní závěrečné účty. Vlastní zpracování.

Příjmy z výběru pojistného od ekonomicky aktivních osob všech kategorií²⁹ znamenají úhrn finančních prostředků, které byly převedeny na účty jednotlivých zdravotních pojišťoven. Tento výběr pojistného podléhá procesu „100% přerozdělování“ s cílem vyrovnat rozdílné zastoupení rizika pojistného kmene. Různé složení pojištěnců (věk, sociální rozdíly, zdravotní stav) mohou mít rozhodující vliv na ekonomickou úspěšnost zdravotní pojišťovny.

Na výši pojistného má přímý vliv růst platů (a mezd) v národním hospodářství, zvyšování minimální mzdy a počet pojištěnců. V uvedených letech 2002 až 2007 se zvýšila minimální mzda celkem sedmkrát, viz obrázek 2.1.

Navýšení minimální mzdy se promítá do zvýšení minimálního vyměřovacího základu pro osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů.

Průměrný počet pojištěnců, jak uvádí tabulka 2.5, se meziročně mění vlivem demografických změn, např. vstupem České republiky do Evropské unie³⁰, měnícím se počtem cizinců pracujících na území státu, zpřesňováním statistik a registrů i vlivem dalších změn.

²⁹ Zaměstnavatelé, zaměstnanci, OSVČ, OBZP.

³⁰ Vstup České republiky do Evropské unie dne 1. května 2004.

Tab. 2.5 Průměrný počet pojištěnců k 31. 12. daného roku (v tis.)

Rok	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Počet pojištěnců /v tis./	10 318	10 308	10 317	10 292	10 315	10 325
- z toho u VZP	6 956	6 801	6 681	6 618	6 568	6 536
- z toho u ZZP	3 351	3 499	3 626	3 670	3 744	3 810
Počet činných ZP	11	9	9	9	9	9
Rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Počet pojištěnců /v tis./	10 371	10 378	10 396	10 409	10 405	10 406
- z toho u VZP	6 430	6 262	6 271	6 248	6 162	5 988
- z toho u ZZP	3 941	4 055	4 122	4 118	4 242	4 329
Počet činných ZP	10	9	9	8	7	7

Zdroj: Ministerstvo financí ČR. Státní závěrečné účty 2002–2013. Vlastní zpracování.

Pokles pojištěnců Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR je primárně způsoben existencí ostatních zdravotních pojišťoven. Odliv pojištěnců a jejich nedůvěru vůči VZP ČR způsobilo také deficitní hospodaření pojišťovny, kdy VZP ČR byla zatížena nemalými závazky po datu splatnosti (k 1. 1. 2006 ve výši 10,6 mld. Kč).

Mezi pojišťovnami také dochází k boji o klienty, navzájem si pojištěnce přetahují, nabízejí výhodnější preventivní programy, příspěvky a benefity. Tyto mnohdy až neetické praktiky kritizuje Ministerstvo zdravotnictví ČR, které vyzývá zdravotní pojišťovny k neplýtvání penězi za nábor pojištěnců a doporučuje transparentní jednání.

Příjmy za kategorii státních pojištěnců plynoucí ze státního rozpočtu do systému v. z. p. se poukazují na zvláštní účet přerozdělování. Výše příspěvku od státu za zákonem vyjmenované pojištěnce je závislá na počtu těchto osob (systém eviduje přibližně 6 milionů lidí, z toho 60 % je jich registrováno u VZP ČR) a výše stanoveného pojistného.

2.4 Výdaje veřejného zdravotního pojištění

Financování ve zdravotnictví souvisí v každé společnosti se sociální koncepcí státu. Vyspělé státy dbají zásady dostupnosti zdravotních služeb pro své občany bez rozdílu. Z pohledu ekonomů jsou zdravotní služby smíšenými veřejnými statky. Tyto služby jsou velmi rozmanité, od služeb všeobecného praktického lékaře, lůžkové péče, prevence až po velice specifické úkony. Společnost je povinná zajišťovat produkci těchto služeb, protože přispívají k udržování a zvyšování zdraví populace. Při jejich zajišťování je třeba primárně dbát na efektivitu vynakládaných prostředků a důsledně přistupovat k řízení nákladů.

Náklady spojené s poskytováním zdravotnické péče dělíme do několika základních skupin:

- ambulantní péče,
- nemocniční péče,
- lázně a ozdravovny,
- léky a zdravotnické prostředky na předpis,
- doprava,
- zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS),
- ostatní náklady.

Na ostatních nákladech se při financování podílejí také jiné resorty. Investice jsou čerpány z rozpočtů krajských úřadů a rozpočtů měst.

Z výše uvedeného vyplývá, že celkové výdaje na zdravotní péči jsou rozděleny do samostatných sekcí. Každá sekce má nastaveno financování, tj. způsob úhrady poskytnuté péče, zvláště. To znamená, že se pro každou oblast financování vypracovává dohodovací řízení.

Celkové výdaje systému veřejného zdravotního pojištění tvoří kromě již zmíněných nákladů na zdravotní péči také výdaje za pacienty ze zahraničí, náklady na vlastní provoz a náklady podnikatelské činnosti. Finančně nejnáročnější položkou je samozřejmě financování zdravotní péče. Její výše dosahuje až 96 % celkových výdajů celého systému veřejného zdravotního pojištění. Výši těchto výdajů dokládají tabulky 2.6 a 2.7.

Tab. 2.6 Výdaje veřejného zdravotního pojištění v letech 2002–2007 (v mil. Kč)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Výdaje na zdravotní péči	132 533	142 177	151 311	162 575	174 485	179 527
Provozní režie	4 654	5 249	5 272	5 580	5 185	5 707
Výdaje za zahraniční pacienty	3	24	66	180	269	312
Výdaje na komerční činnost	297	286	162	82	72	64
Celkové výdaje	137 487	147 736	156 811	168 417	180 011	185 610
Počet činných ZP	11	9	9	9	9	9

Zdroj: Ministerstvo financí ČR, Státní závěrečné účty 2002–2007. Vlastní zpracování.

Tab. 2.7 Výdaje veřejného zdravotního pojištění v letech 2008–2013 (v mil. Kč)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Výdaje na zdravotní péči	193 528	210 033	214 373	217 641	222 760	223 019
Provozní režie	6 638	8 163	7 657	7 284	7 839	6 292
Výdaje za zahraniční pacienty	375	378	421	552	623	592
Výdaje na komerční činnost	51	56	49	68	48	42
Celkové výdaje	200 592	218 630	222 500	225 545	231 270	229 945
Počet činných ZP	10	9	9	8	7	7

Zdroj: Ministerstvo financí ČR, Státní závěrečné účty 2008–2013. Vlastní zpracování.

Hodnoty tabulek 2.6 a 2.7 udávají výši poskytnutých výdajů v systému veřejného zdravotního pojištění v členění na zdravotní péči, provozní režii (vlastní činnost pojišťovny), výdaje zaplacené za zahraniční pacienty a výdaje spojené s komerční činností pojišťoven. Výdaje mají převážně vzestupnou tendenci. Výjimkou jsou náklady spojené s podnikatelskou činností, které naopak klesají. Zde se jedná o zdaňované komerční činnosti, které se sledují nákladově výnosovým způsobem. O způsobu využití zisků z těchto (podnikatelských) činností rozhodují správní rady jednotlivých pojišťoven.

Výdaje na zdravotní péči meziročně stoupají. Systém veřejného zdravotního pojištění evidoval v roce 2002 výdaje v celkové výši 132,5 mld. Kč. V následujícím roku pak vykazuje částku 142,1 mld. Kč, a v roce 2007 již 179,5 mld. Kč. Rostoucí tendence vynaložených výdajů systému veřejného zdravotního pojištění trvá i v dalších letech, tj. mezi roky 2008 a 2013. Výdaje dosáhly výše 193,5 mld. Kč v roce 2008, resp. v roce 2013 dokonce výše 223,0 mld. Kč. V rozmezí let 2002 až 2006 tak byl zaznamenán meziroční nárůst nákladů zdravotní péče průměrně o 7,9 %. Nejvyšší nárůst je pak zaznamenán mezi roky 2008 a 2009, kdy náklady zdravotní péče vzrostly o 12,5 % meziročně. Nejmenší růst nákladů, pouze o 0,2 % meziročně, byl evidován v období let 2012 a 2013. Procentuální změny ve výdajích na zdravotní péči pro sledované období 2002 až 2013 shrnuje tabulka 2.8.

Tab. 2.8 Meziroční změna výdajů na zdravotní péči 2002–2008 (v %)

	Změna v %. Rok 2002 = 100					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Výdaje na zdravotní péči	100	107,3	114,2	122,7	131,7	135,5
	Změna v %. Rok 2002 = 100					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Výdaje na zdravotní péči	146,0	158,5	161,8	164,2	168,1	168,3

Zdroj: Ministerstvo financí ČR, Státní závěrečné účty 2002–2013. Vlastní zpracování.

Výdaje na poskytnutou zdravotní péči podle tabulky 2.8 vzrostly mezi roky 2002 a 2013 více než o polovinu, tj. nárůst o 68,3 %, v absolutní částce jde o zvýšení výdajů o 90,5 mld. Kč. Nejnákladnějšími položkami sekce zdravotní péče jsou výdaje lůžkové péče s nárůstem 45–51 %, poté následuje ambulantní péče se zvýšením výdajů mezi 20–30 % a nemalý podíl na výdajích má také financování léků a zdravotnických prostředků na lékařský předpis ve výši 20–25 %.

2.5 Dílčí shrnutí

Veřejné zdravotní pojištění bylo v ČR zavedeno od roku 1992 dle platné legislativy. Zdravotní pojištění provádějí zdravotní pojišťovny, které financují zdravotní péči. Vznik a činnost zdravotních pojišťoven vyplývá ze zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Zvláštní postavení zaujímá Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, která vede registr pojištěnců. Dále je zodpovědná za správu zvláštního účtu přerozdělování a vedení administrace celého systému. Ostatní pojišťovny pracují na základě udělené licence a pravidla jejich činnosti jsou v zásadě stejná jako u Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Za dobu existence zdravotních pojišťoven docházelo k neustálému vývoji jejich počtu. Přičemž k 1. 1. 2015 působí v systému veřejného zdravotního pojištění sedm zdravotních pojišťoven. Zákony, které vymezují princip zdravotního pojištění, stanoví také okruh možných plátců pojistného, a konstrukci vyměřovacího základu pro výpočet pojistného podle okruhů plátců.

Hospodaření zdravotních pojišťoven je postaveno na existenci fondů. Pojišťovny vytvářejí dle legislativy základní fond, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond majetku a fond prevence. Nejdůležitější pro hlavní činnost pojišťovny, tj. pro financování poskytnuté péče pacientům, je základní fond. Tvorba fondu zahrnuje vybrané pojistné a příslušenství. Čerpání představují úhrady péče, přiděly ostatním fondům a poplatky. Čerpání prostředků základního fondu na úhradu péče je dáno „úhradovými vyhláškami“ Ministerstva zdravotnictví ČR, které je prostředníkem ve vztahu mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče.

Příjmy do systému veřejného zdravotního pojištění jsou závislé na použitém modelu financování zdravotnictví. V zásadě existují čtyři odlišné metody: přímé úhrady pacientů, vyčlenění části daňových výnosů, soukromé nebo veřejné zdravotní pojištění. Česká republika zvolila dle tradic a přístupu společnosti model založený na veřejném zdravotním pojištění.

Příjmy, které vstupují do systému, tvoří vybrané pojistné, výsledek přerozdělování, příjmy ze státního rozpočtu za státní pojištěnce, platby od zahraničních pojišťoven a ostatní příjmy. Výběr pojistného souvisí s růstem platů a mezd v národním hospodářství, vývojem vyměřovacího základu a počtem pojištěnců.

Výdaje systému veřejného zdravotního pojištění jsou tvořeny primárně úhradou poskytnuté zdravotní péče, kterou dělíme na několik základních okruhů: ambulantní a nemocniční péči, lázeňství, léky a pomůcky na předpis, dopravu pacientů, záchrannou službu a ostatní služby. Výdaje na zdravotní péči tvoří pak až 96 % celkových výdajů na zdravotnictví. Celkové výdaje systému všeobecného zdravotního pojištění vykazují trvalý růst.

3 Analýza hospodaření vybraných zdravotních pojišťoven

Způsoby financování zdravotní péče se mohou v různých zemích lišit. Některé společnosti preferují platby od pacientů přímo lékařům, úhrady z účelového pojištění nebo z charitativních zdrojů. Vyspělejší společnosti však téměř vždy preferují užití veřejných nebo pojistných prostředků. Základním znakem pojištění je sdílení rizik, solidarita. Předcházet rizikům vzniku nemoci lze různými způsoby. Lidé mohou preferovat zdravý životní styl, sportovat, využívat preventivní programy, vyhýbat se rizikovým činnostem nebo přenést riziko na jiný subjekt a pořídit si soukromé nebo statutární pojištění. Oba typy pojištění se liší pouze v tom, zda je pojistné povinné nebo dobrovolné. Mohou je poskytovat veřejné nebo soukromé subjekty bez rozdílu.

Němec (2008) uvádí, že statutární zdravotní pojištění existuje v zásadě pouze ve dvou základních variantách, kterými jsou tyto modely: Beveridgeův model a Bismarckův model. Přičemž Beveridgeův model je financovaný z výběru všeobecných daní. Zdravotní péče podle tohoto modelu se poskytuje ve veřejných zdravotních zařízeních a u ostatních smluvních partnerů.³¹ Zatímco Bismarckův model je založený na existenci zdravotních pojišťoven a povinného zdravotního pojištění. Pojistné je odvozeno z příjmů pojištěnce a je povinné pro všechny občany nebo skupinu občanů dle platných právních norem v dané zemi. Poskytovatelé zdravotních služeb mají smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami nebo mohou služby účtovat přímo pojištěncům.

Zdravotnictví České republiky prošlo ve své historii několika změnami. Největší změny nastávají po revolučním roce 1989, kdy byl model centrálně řízeného státního zdravotnictví nahrazen systémem veřejného zdravotního pojištění. Páteří modelu se stala existence zdravotních pojišťoven, jakožto významného zdroje pro financování zdravotních služeb. Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávními neziskovými organizacemi.

V České republice působí k 1. 1. 2015 sedm zdravotních pojišťoven, z toho Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR se zvláštním postavením a šest resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťoven. Následující kapitoly zachycují hospodaření vybraných a níže jmenovaných zdravotních pojišťoven České republiky v letech 2009–2013. Pro účely této diplomové práce jsou pro posouzení stavu hospodaření vybrány tyto zdravotní pojišťovny:

- Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České Republiky,

³¹ National Health Service ve Velké Británii.

- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna,
- Oborová pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví.

3.1 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZPMV ČR) vznikla 26. října 1992 zápisem do obchodního rejstříku. Právní rámec pro vznik pojišťovny je vymezen zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. ZPMV ČR je nositelem zdravotního pojištění pro své registrované pojištěnce. Provádí výběr a kontrolu pojistného a hradí náklady zdravotní péče. Svou činnost provádí na základě uzavřených smluv a platné legislativy. Organizační strukturu tvoří ředitelství pojišťovny a její pobočky. V čele stojí generální ředitel, kterého jmenuje, resp. odvolává správní rada. Orgány pojišťovny jsou správní rada, dozorčí rada a generální ředitel.

Strukturu tvoří osm poboček a několik teritoriálních pracovišť. Pobočky sídlí v Brně, Českých Budějovicích, Hradci Králové, Olomouci, Ostravě, Plzni, Praze a v Ústí nad Labem. Tyto pobočky (kromě pobočky v Olomouci, která vznikla až v roce 1995) jsou v provozu od roku 1993. Následující rok 1994 je významný zorganizováním prvního ozdravného pobytu u moře pro děti a dárce kostní dřeně a krve.³² První fúze s jinou zdravotní pojišťovnou se datuje rokem 1997, kdy dochází k převzetí Železniční pojišťovny Grál. V roce 1998 se ZPMV ČR slučuje se Zdravotní pojišťovnou REZAPO a počet pojištěnců přesáhl již hodnotu 700 000. Fond prevence pro pracovníky policie, hasičského záchranného sboru, vězeňské služby a Českých drah³³ vzniká v roce 1999. Následuje uzavírání smluv s lázněmi ve Slovenské republice (2001), vznikají programy výhod a slev a Klub pojištěnců. V roce 2007 slaví pojišťovna již 15. výročí svého založení a v tomto roce získává certifikát jakosti ISO 9001. V září 2009 vzniká unikátní projekt „elektronická Karta života“. Karta života obsahuje soubor nejdůležitějších údajů

o zdravotním stavu jedince, který je uložen v databázi ZPMV ČR.³⁴ Nejnovějším programem pro podporu zdravého stylu života a prevence je projekt „Zdraví jako vášeň s Pavlem Křížem,“ který si získává velkou oblibu u pojištěnců.

³² Řecko a Bulharsko.

³³ Tito pojištěnci tvoří „zlatý kmen“ pojišťovny.

³⁴ On-line přístup k výpisům. Nově také přes SMS a aplikace pro chytré telefony.

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky vytváří od svého vzniku rozsáhlou síť smluvních zdravotnických zařízení. Tato smluvní zařízení poskytují zdravotní služby pojištěncům ZPMV ČR ve všech regionech České republiky. Při rozhodování o uzavírání nových smluv jsou rozhodující aspekty, které přímo ovlivňují dostupnost zdravotní péče. Z tohoto důvodu musí být zdravotnická zařízení umístěna v daném regionu tak, aby byla splněna podmínka dostupnosti zdravotní péče (spektrum péče, pokrytí, odbornost, rozmístění) v dané oblasti.³⁵

Smluvní zdravotnická zařízení ZPMV ČR se dělí na ambulantní a lůžková zařízení, lázně, ozdravovny, dopravní služby, záchrannou zdravotnickou službu, lékárny a výdejny léčiv na lékařský předpis. Vývoj jejich počtu ve sledovaném období dokládá tabulka 3.1.

Tab. 3.1 Počet smluvních zdravotnických zařízení

ZPMV ČR	Počet smluvních zdravotnických zařízení				
	2009	2010	2011	2012	2013
Ambulantní ZZ	22 169	22 329	22 447	22 480	22 493
Lůžková zařízení	283	277	283	286	289
Lázně a ozdravovny	56	57	57	57	56
Dopravní ZS	243	236	228	227	223
Záchranná služba	24	24	24	26	27
Lékárny a výdejny	2 559	2 656	2 739	2 840	3 058
Celkem ZZ	25 334	25 579	25 778	25 916	26 146

Zdroj: Výroční zprávy ZPMV ČR 2009–2013. Vlastní zpracování.

Ambulantní zdravotnická zařízení tvoří podstatnou část celkových zdravotnických zařízení. Tuto skupinu tvoří především všeobecní praktičtí lékaři (pro dospělé) a praktičtí lékaři pro děti a dorost, stomatologické a gynekologické ambulance, ambulantní specialisté. ZPMV ČR vykazuje pro rok 2009 celkem 22 169 ambulantních zařízení. V následujících letech jejich počet roste průměrně o 0,6 % na celkový počet 22 447 zařízení v roce 2011. Další mírné navýšení počtu těchto zařízení (v letech 2012 a 2013) o 0,1 % zvyšuje jejich počet na 22 493 zařízení v roce 2013. Průměrný počet smluvních lůžkových zařízení (akutní a následná péče) je 283 pro danou časovou posloupnost. Klesající počet dopravních zdravotnických zařízení je dán především jejich slučováním. Počet lékáren a výdejen naopak vzrostl v uvedeném horizontu o 19,5 %, což představuje absolutní navýšení o 499 zařízení. Nárůst souvisí s uzavíráním nových smluv s dříve nesmluvními partnery z důvodu rozšiřování

³⁵ Geografické a demografické podmínky regionu.

e-komunikace s partnery (pojišťenci, zaměstnavatelé, externí účetní, ZZ).³⁶ Všichni smluvní partneři (průměrně 25 751 zdravotnických zařízení) poskytují zdravotní péči pro cca 1,15 mil. registrovaných pojištěnců ZPMV ČR.

Pojistným kmenem přesahujícím 1 mil. pojištěnců je ZPMV ČR druhou největší zdravotní pojišťovnou České republiky po Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR. Počet pojištěnců roste meziročně průměrně o 18 000 pojištěnců (tj. nárůst o 1,6 %). Výjimečný je rok 2012, kdy dochází ke zvýšení počtu pojištěnců o 29 609 (zvýšení o 2,5 %) oproti očekávanému vývoji (viz Tab. 3.2). Rok 2012 byl také prvním rokem, kdy změna zdravotní pojišťovny byla možná jen k 1. 1. daného roku. Tento nárůst byl způsoben nezvykle vysokým saldem přihlášených a odhlášených pojištěnců k tomuto datu.

Tab. 3.2 Počty registrovaných pojištěnců v letech 2009–2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Počet pojištěnců /31. 12./	1 121 497	1 136 830	1 157 355	1 186 964	1 207 918
- státní	609 502	627 253	638 085	657 230	667 710
Průměrný počet pojištěnců	1 113 019	1 132 178	1 145 460	1 186 766	1 205 627
- státní	600 476	622 022	631 985	655 744	668 340

Zdroj: Výroční zprávy ZPMV ČR 2009–2013. Vlastní zpracování.

Počet pojištěnců uvedený v tabulce 3.2 znamená vždy počet evidovaných pojištěnců k 31. 12. daného roku, zatímco průměrný počet pojištěnců je aritmetickým průměrem počtu pojištěnců v jednotlivých měsících daného roku. Tabulka 3.2 je doplněna údaji o počtu osob, za které platí pojistné stát. Počet „tzv. státních“ pojištěnců dosahuje výše cca 55 % všech pojištěnců. Aby vyšší poměr pojištěnců, za které platí zdravotní pojištění stát, neovlivnil konečný objem vybraných finančních prostředků, byl zaveden „institut 100% přerozdělování“. Tato metodika zohledňuje průměrné náklady na zdravotní péči za pojištěnce dle věku a pohlaví. Osoby jsou zařazeny do 18 věkových skupin s rozpětím 5 let, zvlášť pro muže a ženy (0–5 let, 5–10, až 85+). Těmto skupinám jsou pak přiřazeny nákladové indexy.

Tato kategorie osob má zákonnou povinnost oznámit své zdravotní pojišťovně skutečnosti, které ovlivňují povinnost státu platit pojistné. Oznámení o změnách se provádějí vždy do osmi dnů od vzniku oznamované skutečnosti.³⁷ Okruh pojištěnců, za které platí

³⁶ Portálový přístup identifikovaného uživatele.

³⁷ Podat oznámení do 8 dnů od vzniku skutečností platí pro všechny kategorie pojištěnců.

pojistné stát je předmětem §7, odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

3.1.1 Hospodaření Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR

Hospodaření každé zdravotní pojišťovny je založeno na existenci fondů. Zdravotní pojišťovny vytvářejí základní fond, fond prevence, sociální fond, fond majetku a případně další fondy (viz kapitola 2). Nejdůležitější z hlediska funkce a hospodaření je základní fond zdravotního pojištění, na který se shromažďují vybrané prostředky pojistného. Tvorba fondu (vytváření zdrojů) zahrnuje vybrané pojistné od všech kategorií plátců pojistného, výsledky přerozdělování pojistného, škody, pokuty, přírážky a penále k pojistnému, také úroky z bankovních vkladů, pohledávky a dary. Čerpání fondu (výdaje) představují úhrady zdravotní péče, překročení limitů pro regulační poplatky u pojištěnců, přiděly do ostatních fondů a poplatky. Výše tvorby zdrojů i čerpání nákladů ovlivňuje nárůst/pokles průměrného počtu pojištěnců, kladné nebo záporné saldo přerozdělování, navyšování platby státu za státní pojištěnce a zvýšení minimální mzdy v daném období.

Tab. 3.3 Příjmy a výdaje základního fondu ZPMV ČR v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

	2009	2010	2011	2012	2013
Pojistné vybrané	20 814 681	21 139 952	21 417 868	22 373 269	23 125 797
Výsledek přerozdělování +/-	-885 793	-228 474	188 908	853 927	681 400
Příslušenství pojistného	67 096	66 033	73 133	73 613	85 542
Náhrada škody	39 179	51 907	60 274	52 845	54 074
Úroky z hospodaření fondu	145 660	67 557	56 966	72 738	45 003
Příjmy ostatní	1 585	1 652	1 020	302	777
Příjem od zahraniční zdravotní pojišťovny	7 768	18 087	13 455	15 492	21 301
Celkem	20 190 176	21 116 714	21 811 624	23 442 186	24 013 894

	2009	2010	2011	2012	2013
Výdaje za zdravotní péči	19 375 625	20 623 194	21 219 744	22 347 328	23 474 871
Přiděly do jiných fondů	857 142	734 964	744 478	841 644	957 703
Výdaje za cizí pojištěnce	14 233	10 904	24 123	27 909	30 965
Poplatky banky, jiné	20 458	18 340	21 823	19 028	18 166
Převod na zvláštní účet	-1 730	0	1 280 112	0	0
Celkem	20 265 728	21 387 402	23 290 280	23 235 909	24 481 705

Zdroj: Výroční zprávy ZPMV ČR 2009–2013. Vlastní zpracování.

Příjmy v celkové výši 20 814 mil. Kč v roce 2009 byly ovlivněny záporným výsledkem přerozdělování pojistného ve výši -886 mil. Kč, stagnací plateb státu za státní

pojištěnce (od 1. 1. 2008 částka 677 Kč/pojištěnce), minimální mzdou ve výši 8 000 Kč (platné od roku 2007 do 31. 7. 2013) a průměrným počtem 1113 tis. pojištěnců. Navýšení počtu pojištěnců o 1,7 % spolu s růstem příspěvků na pojistné od státu (o 46 Kč na jednoho pojištěnce proti uplynulému roku) a nižším záporným saldem přerozdělování (-228 tis. Kč oproti roku 2009) způsobuje růst celkových příjmů roku 2010 o 4,6 % oproti roku předchozímu. Následující roky 2011–2013 se vyznačují kladným výsledkem přerozdělování, navyšováním průměrného počtu pojištěnců, zvýšením minimální mzdy na částku 8500 Kč a také vyšším odvodem státu za pojištěnce (od 1. 11. 2013 ve výši 787 Kč). Celkové příjmy základního fondu v roce 2013 dosahují výše 24 014 mil. Kč, což představuje změnu oproti roku 2009 o 8,9 %.

Největší položkou z hlediska objemu peněz výdajové stránky základního fondu zdravotního pojištění jsou úhrady zdravotní péče poskytovatelům zdravotní péče, jak ukazuje tabulka 3.3. Tyto výdaje dosahují výše až 95 % všech výdajů tohoto základního fondu. Tyto výdaje na poskytnutou zdravotní péči meziročně vzrůstají. V roce 2009 dosahují výše 19 376 mil. Kč. V dalších letech (2010–2013) tato částka stoupá průměrně o 5,25 % každý rok (vztaženo k roku 2009)

a v posledním sledovaném roce již evidujeme 23 475 mil. Kč výdajů na zdravotní péči, tj. celkové navýšení o 21,2 %.

Zbývajících 5 % výdajů fondu se použije na převod prostředků do ostatních fondů, platby pro pojištěnce – cizince, platbu poplatků a případný odvod na zvláštní účet přerozdělování nebo na tvorbu rezervy.³⁸ Rezervy se tvoří na konkrétní účel (např. k financování soudních sporů), pomine-li důvod pro existenci rezervy (zpětvzetí žaloby, ukončení sporů), tato rezerva se rozpouští. V roce 2011 se uskutečnil mimořádný odvod 1/3 zůstatku běžného účtu základního fondu zdravotního pojištění evidovaného k poslednímu dni roku 2010 na zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění.³⁹

Uvedené příjmy a výdaje ZFZP sestavené do výše uvedené tabulky 3.3 jsou z účetního hlediska položkami, které zdravotní pojišťovna v daném roce skutečně evidovala na běžném účtu ZFZP. Nejedná se tedy o účetní předpis tvorby a čerpání fondu. Toto výkaznictví umožňuje sledovat skutečná salda přijatých a vydaných prostředků, kterými fond disponoval

³⁸ Tvorba rezervy podle § 1 odst. 4 písm. m) vyhlášky č. 418/2003 Sb. o fondech.

³⁹ Podle novely č. 298/2011 Sb., zák. č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, zák. č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

v daném roce. Rozdíl mezi příjmy a výdaji představuje výsledek pohybu peněžních prostředků běžného účtu pro dané období. V období let 2009 až 2011 a v roce 2013 převažují celkové výdaje nad celkovými příjmy. Převažující příjmy evidujeme podle následující tabulky 3.4 pouze pro rok 2012, kde bylo kladné saldo 206,3 mil. Kč.⁴⁰

Tab. 3.4 Rozdíl celkových příjmů a výdajů ZFZP (2009–2013) v tis. Kč

	2009	2010	2011	2012	2013
Rozdíl příjmů a výdajů	-75 552	-270 688	-1 478 656	206 277	-467 811

Zdroj: Výroční zprávy ZPMV ČR 2009–2013. Vlastní zpracování.

Kladné hospodaření v roce 2012 vzniklo významným vlivem finančních toků v rámci mimořádného přerozdělování prostředků. Mimořádný odvod se realizuje z důvodu zajištění a udržení kvality a dostupnosti zdravotní péče a také pro lepší stabilitu systému veřejného zdravotního pojištění. Odvod prostředků ve výši 1 280 mil. Kč se uskutečnil již v prosinci 2011, ale vypořádání proběhlo v roce 2012. Dopad odvodu tak neovlivňuje obraty v roce 2012, ale obraty v roce předcházejícím (2011), kdy výdaje z tohoto důvodu převažují nad příjmy o 1 479 mil. Kč.

3.2 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

Tato pojišťovna vznikla zapsáním do obchodního rejstříku dne 29. 10. 1992. Organizační strukturu Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví tvoří ředitelství pojišťovny, pobočky a případně expozitury bez vlastní právní subjektivity. V čele pojišťovny stojí generální ředitel, který je statutárním orgánem OZP a jedná jménem pojišťovny. Dalšími orgány jsou správní a dozorčí rada. OZP je nástupcem zdravotní pojišťovny STAZPO.

Zdravotní pojišťovna OZP poskytuje pro svůj pojistný kmen zdravotní péči ve smluvních zdravotnických zařízeních. V počtu smluvních poskytovatelů převažují ambulantní zařízení (všeobecní praktiční lékaři a praktiční lékaři pro děti a dorost, oční lékaři a gynekologové). Těchto zařízení je 88 % z celkového výčtu poskytovatelů zdravotní péče. Počet smluvních zdravotnických zařízení ve sledovaném období dokládá tabulka 3.5.

⁴⁰ Při výpočtu není přihlášeno k počátečnímu zůstatku daného období.

Tab. 3.5 Počet smluvních zdravotnických zařízení (2009–2013)

OZP	Počet smluvních zdravotnických zařízení				
	2009	2010	2011	2012	2013
Ambulantní ZZ	23 619	22 653	22 623	22 543	22 449
Lůžková zařízení	378	389	398	398	391
Lázně a ozdravovny	67	68	64	59	43
Dopravní ZS	199	201	189	185	176
Záchranná služba	28	29	26	25	25
Lékárny a výdejny	2 173	2 201	2 229	2 252	2 319
Celkem ZZ	26 464	25 541	25 529	25 462	25 403

Zdroj: Výroční zprávy OZP 2009–2013. Vlastní zpracování.

Počty smluvních poskytovatelů vykazují mírný meziroční pokles po celé sledované období. Příčinou je především slučování poskytovatelů. Pokles u všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost je dán také stárnutím kmene těchto lékařů, kteří odcházejí do důchodu a jejich praxe končí. Některé nemocnice se přesouvají do režimu jednodenní péče a z tohoto důvodu spadají do kolonky „ambulance“. Některé lázně jejich provozovatelé uzavřeli a OZP neuzavřela smluvní vztahy s novými zařízeními. Mírný nárůst vykazují jen počty lékáren a výdejen. Jejich počet vzrostl ve sledovaném období o 146 (nárůst o 6,7 %). Celkový počet zdravotnických zařízení poklesl z výše uvedených důvodů mezi lety 2009 až 2013 o 4,1 %. Průměrný počet poskytovatelů v daném období je 25 680, kteří poskytují zdravotní služby pro cca 694 000 pojištěnců. Vývoj pojištěnců je sestaven do tabulky 3.6.

Tab. 3.6 Počty pojištěnců OZP v letech 2009–2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Počet pojištěnců /31. 12./	684 428	694 792	696 290	702 555	706 765
- státní	386 224	396 005	399 501	404 179	406 168
Průměrný počet pojištěnců	679 041	691 253	695 533	699 674	704 342
- státní	381 598	393 880	398 263	404 560	407 502

Zdroj: Výroční zprávy OZP 2009–2013. Vlastní zpracování.

Počet pojištěnců k poslednímu dni daného roku se zvyšuje meziročně průměrně o 6 700 klientů. Na zvyšování počtu klientů – pojištěnců má vliv dlouhodobě vyšší přírůstek novorozenců a migrace lidí ze zahraničí. Saldo nových pojištěnců přesahuje saldo odchodů (odhlášení, úmrtí). U státních pojištěnců (podíl 57 %) strmě roste kategorie lidí ve věku 65+, nárůst je zaznamenán i u kategorií 5 až 15 let a 35 až 50 let. Naopak klesají věkové skupiny 15 až 20, resp. 30 až 35 let.

3.2.1 Hospodaření Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

Zdravotní pojišťovny hospodaří na základě existence fondů. Nejdůležitějším fondem, který slouží k úhradám zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění je již zmíněný základní fond zdravotního pojištění. Z prostředků ZFZP se hradí přiděly do ostatních fondů, případně další úhrady dle platné právní legislativy. Zdrojem ZFZP jsou platby pojistného do systému veřejného zdravotního pojištění, včetně výsledku přerozdělování. Výběr pojistného výrazně ovlivňují ekonomické, společenské a demografické faktory ve společnosti (stárnutí populace, finanční krize, nezaměstnanost, legislativa apod.).

Příjmy OZP se pohybují průměrně ve výši 15 019 mil. Kč ročně a výsledek přerozdělování je záporný (průměrně 2 135 mil. Kč). Příjmy z vybraného pojistného tvoří 86 % vytvořených zdrojů. Vývoj příjmů (resp. výdajů) a jejich členění zobrazuje tabulka 3.7.

Tab. 3.7 Příjmy a výdaje základního fondu OZP v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

	2009	2010	2011	2012	2013
Pojistné vybrané	14 281 420	14 605 558	15 029 141	15 281 347	15 898 857
Výsledek přerozdělování +/-	-2 254 945	-2 121 860	-2 156 502	-1 727 247	-2 412 096
Příslušenství pojistného	36	0	0	0	0
Náhrada škody	32 022	23 617	25 911	21 009	22 134
Úroky z hospodaření fondu	8 614	28 307	0	0	0
Příjmy ostatní	16 254	327	7	0	371
Příjem od zahraniční zdravotní pojišťovny	14 793	33 327	20 446	24 666	27 492
Celkem	12 098 194	12 569 276	12 919 003	13 599 775	13 536 758

	2009	2010	2011	2012	2013
Výdaje za zdravotní péči	12 247 666	12 769 791	12 714 964	12 969 849	12 968 967
Přiděly do jiných fondů	414 104	303 209	337 412	352 800	511 582
Výdaje za cizí pojištěnce	25 836	30 671	26 636	25 941	28 717
Poplatky banky, jiné	15 482	15 948	15 670	13 314	13 284
Jiné převody	3 655	15 660	237 037	3 974	5 007
Celkem	12 706 743	13 135 279	13 331 719	13 365 878	13 527 557

Zdroj: Výroční zprávy OZP 2009–2013. Vlastní zpracování.

Příjmy v roce 2009 ve výši 14 281 mil. Kč ovlivnila nastupující finanční krize. Růst nezaměstnanosti způsobuje menší výběr pojistného, pojištěnci přicházejí o vlastní příjmy nebo o jejich část. Zhoršuje se také platební morálka pojištěnců. Proto pro posílení zdrojů základního fondu zdravotního pojištění vstoupila v platnost Dohoda mezi Ministerstvem

zdravotnictví ČR a všemi zdravotními pojišťovnami v České republice o omezení tvorby fondu provozního a fondu prevence na 0,4 % příjmů (příjmy po přerozdělení včetně příslušenství).⁴¹ Celkové příjmy mají mírně rostoucí tendenci. V letech 2009 až 2011 rostou meziročně o 3,4 %, dvojnásobný růst příjmů je pak vykázán pro rok 2012 (ve výši 13 560 mil. Kč, resp. 13 537 mil. Kč v roce 2013).

Výdaje základního fondu tvoří především úhrada poskytnuté péče registrovaným pojištěncům – pacientům. Na tyto úhrady se spotřebuje až 96 % prostředků určených na výdaje. Jejich výše se ve sledovaném období pohybuje v rozmezí 12 248 mil. Kč až téměř 13 000 mil. Kč pro rok 2013. K dalším výdajům patří platby za zahraniční pacienty, poplatky za vedení bankovního účtu a převody pro zvláštní účely (převody mezi fondy, doúčtování předchozích let a doplnění provozního fondu a fondu prevence na základě účetních závěrek). Mimořádný odvod 1/3 zůstatku fondu k 31. 12. 2010 na zvláštní účet přerozdělování se uskutečnil v roce 2011 (230,4 mil. Kč). Tato transakce ovlivnila bilanci příjmů a výdajů v roce 2012, jak dokládá tabulka 3.8.

Tab. 3.8 Rozdíl celkových příjmů a výdajů v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

	2009	2010	2011	2012	2013
Rozdíl příjmů a výdajů	-608 549	-566 003	-412 716	233 897	9 201

Zdroj: Výroční zprávy OZP 2009–2013. Vlastní zpracování.

Kladný výsledek rozdílu příjmů a výdajů platí pouze pro léta 2012 a 2013. Předchozí bilance jsou záporné. Nepříznivá bilance je ovlivněna menším objemem vybraného pojistného vlivem krize, vyššími úhradami za péči v souladu s úhradovou vyhláškou, také snížením limitu pro vrácení započitatelných regulačních poplatků (doplatků) za léky z 5 000 Kč na částku 2 500 Kč.

3.3 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna vznikla 1. 12. 1992 pod názvem Hutnická zaměstnanecká pojišťovna (dále jen HZP). Mezi lety 1996 až 2009 dochází několikrát ke sloučení s jinými zdravotními pojišťovnami. Nejprve se zdravotní pojišťovnou Atlas, poté se zdravotní pojišťovnou AGEL a následně s Českou národní zdravotní pojišťovnou. Hutnická zaměstnanecká pojišťovna na základě schválené žádosti Ministerstvem

⁴¹ Od 1. ledna 2010.

zdravotnictví ČR změnila svůj název ke dni 1. 10. 2009 na Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu. Poslední spojení se Zdravotní pojišťovnou Metal–Aliance se uskutečnilo 1. 10. 2012. Tato pojišťovna byla zrušena bez likvidace, a z tohoto důvodu přešly všechny pohledávky, závazky a pojistný kmen k HZP. Důsledkem těchto sloučení se stala tato zdravotní pojišťovna třetí největší působící zdravotní pojišťovnou s více než stovkou poboček působících na území ČR⁴².

V čele České průmyslové zdravotní pojišťovny stojí generální ředitel, který spolu s dozorčí radou, správní radou a jednotlivými úseky tvoří základní organizační strukturu této zdravotní pojišťovny.

Zdravotní pojišťovna poskytuje pro své pojištěnce řadu preventivních a bonusových programů, které jsou zaměřeny na různé skupiny obyvatel. Jsou určeny pro děti a mládež, ženy a muže od 19 let, programy pro dárce krve, ozdravně léčebné pobyty pro děti, prevence rakoviny prsu, úhrada očkování, slevu do plaveckých bazénů apod. Od roku 2012 mohou pojištěnci také užívat službu Karta života.⁴³ Pojišťovna má pro potřeby svých pacientů rozsáhlou stabilizovanou síť smluvních poskytovatelů zdravotní péče. Nové smluvní vztahy vznikaly především po procesu sloučení s dalšími zdravotními pojišťovnami, z důvodu zajištění dostupnosti zdravotní péče ve všech krajích republiky s přihlédnutím k demografickým nebo geografickým odlišnostem regionů.⁴⁴

Tab. 3.9 Počet smluvních ZZ v letech 2009–2013

ČPZP	Počet smluvních zdravotnických zařízení				
	2009	2010	2011	2012	2013
Ambulantní ZZ	21 467	21 641	21 518	22 119	22 061
Lůžková zařízení	276	275	277	277	275
Lázně a ozdravovny	68	59	52	59	57
Dopravní ZS	285	279	246	242	234
Záchranná služba	25	25	23	23	24
Lékárny a výdejny	2749	2738	2783	2889	2845
Celkem ZZ	24 870	25 017	24 899	25 609	25 496

Zdroj: Výroční zprávy ČPZP 2009–2013. Vlastní zpracování.

⁴² Více jak 1,1 mil. pojištěnců.

⁴³ Po dohodě se ZPMV ČR.

⁴⁴ ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. ČPZP: *Základní údaje* [online].

Zvýšení počtu smluvních ambulantních poskytovatelů zdravotní péče od roku 2012, po sloučení se Zdravotní pojišťovnou Metal-Aliance, je patrné z údajů v tabulce 3.9. Síť ambulantních poskytovatelů se v roce 2012 zvýšila o 601 zařízení (růst o 2,7 %) oproti předchozímu roku. Široká základna ambulancí všeobecných praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost, stomatologů a gynekologů s nadstavbou ambulantních specialistů v regionech tvoří stabilní primární bázi pro bezproblémovou kvalitní a dostupnou péči pro pojištěnce. Počty poskytovatelů lůžkových zařízení však zůstávají konstantní z důvodu provedené restrukturalizace lůžkových zařízení. Potřeba akutních lůžek postupně klesá z důvodu implementace nových moderních medicínských a technických metod. Tyto postupy umožňují výrazné zkrácení doby pobytu pacientů v lůžkovém zařízení. Je-li to možné a vhodné pro pacienty, preferuje se jednodenní lůžková péče nebo pouze ambulantní ošetření.

Po procesu fúzí vznikl na původní základně HZP nový ekonomický subjekt, který pokračuje ve spolupráci s českým průmyslem tak, jako původní zdravotní pojišťovny. Tento subjekt registruje po posledním sloučení více jak 1,1 mil. pojištěnců. Vývoj počtu pojištěnců je předmětem následující tabulky 3.10.

Tab. 3.10 Počty pojištěnců ČPZP v letech 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Počet pojištěnců /31. 12./	721 831	716 996	727 847	1 171 395	1 188 753
- státem hrazení	432 779	435 170	435 267	693 620	705 589
Průměrný počet pojištěnců	468 422	714 142	722 700	845 745	1 186 460
- státem hrazení	282 810	431 808	434 264	503 124	706 153

Zdroj: Výroční zprávy ČPZP 2009–2013. Vlastní zpracování.

V prvním sledovaném období (rok 2009) došlo k fúzi HZP se Zdravotní pojišťovnou Agel a Českou národní zdravotní pojišťovnou, jejímž důsledkem došlo k navýšení průměrného počtu pojištěnců (o 108 275) v porovnání s předchozím rokem. Z hlediska celkového počtu pojištěnců evidujeme velmi výrazný růst o 359 216 pojištěnců k 31. 12. 2009 vzhledem ke stejnému období předcházejícího roku. Další změnu obnáší sloučení se zdravotní pojišťovnou Metal-Aliance v roce 2012. Vlivem převzetí celého pojistného kmene Zdravotní pojišťovny Metal-Aliance vzrostl průměrný počet pojištěnců o 123 045. Celkový počet pojištěnců registrovaných k poslednímu dni daného období činí již 1 171 395 pojištěnců. To znamená, že vlivem poslední fúze ČPZP posílila pojistný kmen o 443 548 pojištěnců.

Z výše uvedené tabulky 3.10 vyplývá, že nejvíce zastoupenou kategorií pojištěnců jsou osoby, za které je plátcem pojistného stát. Tyto osoby se na průměrném počtu pojištěnců podílejí přibližně 60 %.

3.3.1 Hospodaření České průmyslové zdravotní pojišťovny

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna prošla v roce 2009 největšími změnami v její dosavadní historii. Výše uvedené fúze zásadně ovlivnily celý chod zdravotní pojišťovny spojený samozřejmě také s mimořádně vysokým nárůstem pojištěnců.

Zásadním úkolem pro přelomový rok 2009 a léta následující bylo udržet vyrovnanou bilanci hospodaření se svěřenými prostředky veřejného zdravotního pojištění, zachovat platební schopnost s podmínkou vyváženosti příjmů a výdajů a stabilizovat pojistný kmen.

Tab. 3.11 Příjmy a výdaje základního fondu ČPZP v letech 2009-2013 (v tis. Kč)

	2009	2010	2011	2012	2013
Pojistné vybrané	6 230 538	9 818 465	10 243 053	12 262 928	17 387 474
Výsledek přerozdělování (+/-)	2 136 675	3 283 136	3 320 207	4 041 405	5 217 654
Příslušenství pojistného	103	88	18	18	18
Náhrada škody	14 846	28 719	27 609	25 765	56 460
Úroky z hospodaření fondu	0	0	0	0	0
Příjmy ostatní	1 547 627	16 254	114 025	1 469 930	87 966
Příjem od zahraniční zdravotní pojišťovny	3 757	247 617	10 224	16 334	22 424
Celkem	9 933 546	13 394 279	13 715 136	17 816 380	22 771 996

	2009	2010	2011	2012	2013
Výdaje za zdravotní péči	7 970 720	13 111 817	13 816 109	16 063 885	21 859 484
Příděly do jiných fondů	303 746	449 864	516 009	643 558	803 043
Výdaje za cizí pojištěnce	3 825	18 375	19 157	23 910	27 968
Poplatky banky, jiné	16 478	12 411	11 515	14 338	11 874
Jiné převody	62 025	94 782	1 232 752	37 247	69 297
Celkem	8 356 794	13 687 249	15 595 542	16 782 938	22 771 666

Zdroj: Výroční zprávy ČPZP 2009–2013. Vlastní zpracování.

Příjmy získané z vybraného pojistného z veřejného zdravotního pojištění v roce 2009 dle tabulky 3.11 jsou poznamenány působením faktorů hospodářské krize, které oslabily výběr pojistného vzhledem k předešlým letům působení zdravotní pojišťovny. Tento pokles výběru pojistného však neovlivnil negativně celkové hospodaření základního fondu, které

vykázalo kladné saldo příjmů a výdajů. Částečnou příčinou tohoto jevu bylo převzetí zůstatků peněžních prostředků zrušených zdravotních pojišťoven v celkové výši 1 387 845 tis. Kč.⁴⁵

Následující rok 2010 znamenal pro ČPZP první celistvý rok po předchozím slučování se třemi zrušenými zdravotními pojišťovnami v průběhu roku 2009. Přestože tento složitý a administrativně náročný proces částečně ovlivňoval provozní činnost i v roce 2010, podařilo se splnit stanovené úkoly, to znamená udržet stabilitu pojistného kmene, hradit závazky ve lhůtě splatnosti a dbát na vyrovnanost příjmů a výdajů.

Zásadní krok v historii působení České průmyslové zdravotní pojišťovny představuje další sloučení, a to se Zdravotní pojišťovnou Metal-Aliance, která byla zrušena ke dni 1. 10. 2012. Složitý proces slučování ovlivnil činnost zdravotní pojišťovny ve 4. čtvrtletí 2012, ve kterém ČPZP převzala konečné zůstatky jednotlivých fondů Zdravotní pojišťovny Metal-Aliance, včetně majetku, závazků a pohledávek, v souladu s § 1 vyhlášky o fondech. Převzetím výše uvedených konečných zůstatků posílil základní fond o částku 1 403 692 tis. Kč. Stabilizace pojistného kmene, rozvoj služeb pro registrované pojištěnce, plnění parametrů pro zajištění dostupnosti péče pokračuje i v následujících letech. V roce 2013 bylo vybráno na pojistném celkem 17 387 474 tis. Kč, což představuje růst o 41,8 % meziročně. Tento nárůst přímo souvisí s vyšším počtem evidovaných pojištěnců po sloučení se Zdravotní pojišťovnou Metal-Aliance.

Výdaje na úhradu zdravotní péče představují standardně cca 95 % všech uskutečněných výdajů. Zvýšené výdaje ve sledovaném období podle tabulky 3.11 souvisejí převážně s expanzí ČPZP vlivem slučovacích procesů s jinými zdravotními pojišťovnami v roce 2009 a 2012.

Mimořádný odvod ve výši 1/3 zůstatku běžného účtu k 31. 12. 2010 na zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění zvýšil uskutečněné výdaje v roce 2011 o částku 1 131 051 tis. Kč.

Tab. 3.12 Rozdíl celkových příjmů a výdajů v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

	2009	2010	2011	2012	2013
Rozdíl příjmů a výdajů	1 576 752	-292 970	-1 880 406	1 033 442	330

Zdroj: Výroční zprávy ČPZP 2009–2013. Vlastní zpracování.

⁴⁵ Částka zahrnuta v položce „Příjmy ostatní“ rok 2009 v tabulce (Tab. 3.11).

Salda příjmů a výdajů za celé sledované období dle tabulky 3.12 vykazují značný rozptyl, který je způsoben výše zmíněnými procesy fúzování a také působením mimořádného odvodu na zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění (k vypořádání mimořádného odvodu dochází až počátkem roku následujícího).

3.4 Rezervní fond a fond prevence

Resortní, oborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny vytvářejí a spravují provozní fond, sociální fond, fond majetku, fond reprodukce majetku, také rezervní fond a fond prevence. Rezervní fond slouží ke krytí schodků základního fondu zdravotního pojištění a k úhradě služeb v případech výskytu epidemií a přírodních katastrof. Zdroji rezervního fondu jsou především přiděly ze základního fondu zdravotního pojištění, výnosy z cenných papírů a úroky z bankovního účtu rezervního fondu. Výdaji rezervního fondu jsou přiděly do základního fondu zdravotního pojištění,⁴⁶ poplatky vztahující se k rezervnímu fondu a případné ztráty z prodeje cenných papírů. Příděl do rezervního fondu ze základního fondu zdravotního pojištění může být proveden až po naplnění provozního fondu a úhradě všech splatných závazků. Podrobné vymezení hospodaření rezervního fondu a fondu prevence je uvedeno ve vyhlášce MF ČR 418/2003 Sb.⁴⁷ a v souladu se zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

Správa a tvorba fondu prevence není pro zdravotní pojišťovny povinné, z tohoto důvodu rozhodují o skladbě toho fondu správní orgány zdravotní pojišťovny. Z fondu prevence lze nad rámec hrazených služeb hradit ty zdravotní služby, které mají pro pojištěnce prokazatelný preventivní, diagnostický a léčebný efekt v souvislosti s jejich onemocněním nebo hrozbou budoucího onemocnění. Prostředky lze taktéž použít k realizaci preventivních programů se zaměřením na odhalování závažných nemocí, na programy podporující zdravý životní styl pojištěnců nebo programy podporující zvyšování kvality v poskytování zdravotní

⁴⁶ Případy určuje § 7 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

⁴⁷ vyhláškou MF ČR č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, v platném znění.

péče.⁴⁸ Peněžní prostředky tvořící rezervní fond a fond prevence jsou uloženy odděleně od prostředků základního fondu zdravotního pojištění, na samostatném bankovním účtu.

Příděly do fondu prevence (uskutečněné v roce 2009 a 2010) byly kromě výše uvedených zákonných norem ovlivněny také Dohodou uzavřenou mezi zdravotními pojišťovnami a Ministerstvem zdravotnictví České republiky ze dne 7. 5. 2009 na omezení tvorby provozního fondu a fondu prevence v zájmu posílení základního fondu zdravotního pojištění v podmínkách hospodářské krize. Celkové příjmy a výdaje rezervního fondu a fondu prevence ve sledovaném časovém rozpětí znázorňuje tabulka 3.13.

Tab. 3.13 Celkové příjmy a celkové výdaje rezervního fondu a fondu prevence v letech 2009–2013 (v tis. Kč).

ZPMV ČR					
	2009	2010	2011	2012	2013
Celkové příjmy RF	22 559	20 154	16 370	60 722	91 349
Celkové výdaje RF	5	26 726	36 541	25 472	77 195
Celkové příjmy Fprev	141 866	94 056	134 806	128 535	154 111
Celkové výdaje Fprev	262 806	71 127	107 930	96 995	96 846
OZP					
Celkové příjmy RF	12 427	12 192	41 456	13 496	9 826
Celkové výdaje RF	83	12 526	10 504	21	50 000
Celkové příjmy Fprev	99 284	50 788	69 356	69 041	77 838
Celkové výdaje Fprev	201 547	104 830	63 803	77 788	78 284
ČPZP					
Celkové příjmy RF	129 242	16 104	17 160	134 066	14 063
Celkové výdaje RF	50 003	2	3	3	18
Celkové příjmy Fprev	305 890	277 796	248 621	208 651	216 129
Celkové výdaje Fprev	189 772	303 798	177 911	156 778	289 364

Zdroj: Výroční zprávy vybraných zdravotních pojišťoven v letech 2009–2013. Vlastní zpracování.

Výše rezervního fondu činí 1,5 % ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Pokud nenastala povinnost použít prostředky rezervního fondu, je zdravotní pojišťovna povinná zajistit stanovený objem finančních prostředků do 31. března následujícího účetního období.

Čerpání fondu prevence je primárně zaměřen na úhradu různých preventivních programů. Preventivní programy jsou účelově zaměřené na určité skupiny pojištěnců, které jsou nebo mohou být ohroženy závažným civilizačním onemocněním. Zdravotní pojišťovny

⁴⁸ Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

financují rehabilitačně rekondiční programy, programy na podporu zdravého životního stylu, proti vzniku závažných onemocnění, programy pro dárce krve, plasmy a kostní dřeně, programy zaměřené na specifické skupiny obyvatel (pro ženy, muže, děti, sportovce, studenty, seniory apod.).

Trend vývoje celkových příjmů a celkových výdajů rezervního fondu a fondu prevence pro vybrané zdravotní pojišťovny ve sledovaném období dokumentuje příloha č. 3.

3.5 Dílčí shrnutí

Vybrané zdravotní pojišťovny vznikly na základě zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky je činná od 26. října 1992 a její pobočky a teritoriální pracoviště pokrývají celé území České republiky. Disponuje rozsáhlou sítí smluvních zdravotnických zařízení, která poskytují zdravotní služby pro přibližně 1,2 mil. pojištěnců. ZPMV ČR vytváří fondy, z nichž nejdůležitější je základní fond zdravotního pojištění. Hospodaření tohoto fondu je pro účely této diplomové práce vyjádřeno rozdílem mezi skutečnými příjmy a skutečnými výdaji ve sledovaném časovém rozpětí.

Oborová pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví vznikla 29. října 1992, její strukturu tvoří statutární orgány, pobočky a expozitury. Její síť smluvních poskytovatelů zdravotní péče pokrývá celé území České republiky a poskytuje zdravotní služby pro cca 704 000 registrovaných pojištěnců. Hospodaření základního fondu zdravotního pojištění ve sledovaném období je vyjádřeno bilancí skutečných příjmů na jedné straně a skutečnými výdaji na straně druhé.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna vznikla pod názvem Hutnická zaměstnanecká pojišťovna 1. prosince 1992. Mezi lety 1996 až 2009 dochází několikrát ke sloučení s jinými zdravotními pojišťovnami a ke dni 1. října 2009 zdravotní pojišťovna mění svůj název na Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu. Její organizační strukturu tvoří statutární orgány a jednotlivé úseky ČPZP. Proces slučování s dalšími zdravotními pojišťovnami byl podnětem ke vzniku nových smluvních vztahů s poskytovateli zdravotní péče z důvodu zajištění dostupné a kvalitní zdravotní péče pro průměrný počet 1,2 mil. pojištěnců ve všech regionech České republiky.

Bilanční rozdíl skutečných příjmů a skutečných výdajů základního fondu zdravotního pojištění v letech 2009–2013 vykazuje značný rozptyl, který byl částečně způsobený procesem opakovaného fúzování s jinými zdravotními pojišťovnami.

Resortní, oborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny zřizují a spravují povinně fondy na základě Vyhlášky MF ČR č. 418/2003 Sb. Fondy se plní přiděly ze základního fondu zdravotního pojištění. Rezervní fond slouží ke krytí schodků základního fondu zdravotního pojištění a k úhradě zdravotních služeb v případě přírodních katastrof nebo výskytu epidemií.

Správa a tvorba fondu prevence je pro zdravotní pojišťovny nepovinná, tento fond slouží k úhradě zdravotních služeb nad rámec hrazených zdravotních služeb, které mají pro pojištěnce prokazatelný preventivní efekt. Prostředky fondu prevence se mohou využít také na realizaci programů podporujících zdravý životní styl pojištěnců nebo na zvyšování kvality poskytované zdravotní péče.

4 Zhodnocení hospodaření vybraných zdravotních pojišťoven

Hospodaření zdravotních pojišťoven na bázi fondového výkaznictví je vymezeno vyhláškou MF ČR č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu (dále jen „vyhláška č. 418/2003 Sb.“), v platném znění. Na základě výše uvedené právní normy jsou zdroje základního fondu zdravotního pojištění dány předpisem na základě oznámení od jednotlivých plátců zdravotního pojištění. V důsledku registrace těchto oznámení (přihlášení plátce k evidenci u dané pojišťovny, přehled o výši pojistného, apod.) se vyhotoví účetní předpis pohledávek za plátci, který se však odlišuje od skutečně vybraného pojistného. Tato disproporce vychází ze skutečnosti, že někteří plátci pojistného jsou s platbami pojistného na veřejné zdravotní pojištění v prodlení z důvodu druhotné platební neschopnosti. Z uvedené množiny plátců někteří nezaplatí vůbec a někteří jen část dlužného pojistného. Podobný účetní předpis se vyhotovuje i pro výdajovou stránku základního fondu zdravotního pojištění. V tomto případě se jedná o dvě základní skupiny výdajů, a to o úhradu poskytnuté zdravotní péče zdravotnickým zařízení a o převody finančních prostředků na bankovní účty ostatních zřizovaných fondů dle vyhlášky č. 418/2003 Sb.

Pro objektivní posouzení stavu hospodaření zdravotních pojišťoven je vhodné použít pro srovnání skutečné příjmy se skutečnými výdaji, to znamená, že abstrahujeme na příjmové straně od sumy dlužného pojistného, které se stává pohledávkou za plátci, a na výdajové straně počítáme se skutečně vzniklými a uhrazenými výdaji, které se účetně evidují jako závazky za poskytovateli zdravotní péče, případně jiné závazky, po odpočtu přidělů do ostatních fondů. Výsledná bilance skutečných příjmů po odečtu skutečných výdajů je předpokladem pro vytvoření úsudku o finanční situaci zdravotní pojišťovny v daném roce.

Základními vstupy pro posouzení stavu finančních prostředků pro vybrané zdravotní pojišťovny podle výše zmíněné metody slouží číselné tabulkové přehledy v kapitole 3 této diplomové práce. Porovnáním skutečně vybraného pojistného po přerozdělení s výdaji na uhrazenou zdravotní péči poskytovatelům za sledované období vznikly výsledné bilanční údaje, které dokumentuje následující tabulka 4.1.

Tab. 4.1 Výsledné bilance hospodaření základního fondu zdravotního pojištění vybraných zdravotních pojišťoven v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

	2009	2010	2011	2012	2013
Výsledná bilance ZPMV	553 263	288 284	387 032	879 868	332 326
Výsledná bilance OZP	-221 191	-286 093	157 675	584 251	517 794
Výsledná bilance ČPZP	396 493	-10 216	-252 849	240 448	745 644

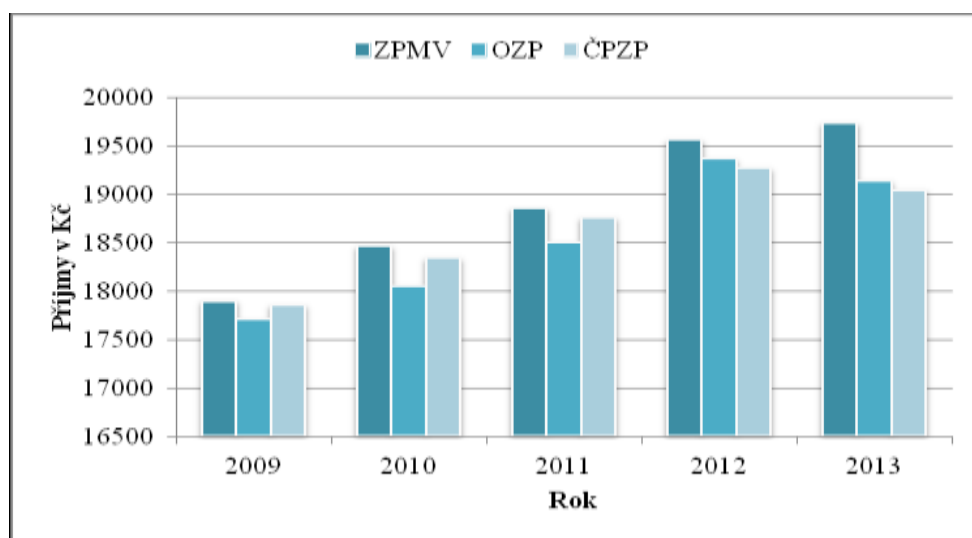
Zdroj: Výroční zprávy vybraných zdravotních pojišťoven v letech 2009–2013. Vlastní zpracování.

Jelikož při výpočtu rozdílu mezi přijatým pojistným po přerozdělení a uhrazenou zdravotní péčí nepřihlížíme k počátečním ani konečným stavům základního fondu zdravotního pojištění, výsledná bilance představuje sumu, o kterou se zvýšil nebo naopak snížil stav finančních prostředků na bankovním účtu základního fondu zdravotního pojištění od počátku po konec zúčtovacího období daného posuzovaného roku.⁴⁹ Pokles finančních prostředků se eviduje ve sledovaném období u dvou ze tří vybraných zdravotních pojišťoven, a to u OZP, resp. ČPZP. U OZP v letech 2009 a 2010, kdy skutečné výdaje převyšovaly skutečné příjmy o 221 191 tis. Kč v roce 2009, resp. o 286 093 tis. Kč v roce 2010. V případě ČPZP se jedná o období let 2010 a 2011, ve kterých propad dosahuje výše 10 216 tis. Kč pro rok 2010 a 252 849 tis. Kč pro rok 2011. Bilanční výsledky Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR nevykazují žádný pokles, a to v celém sledovaném období. Její výsledná bilance je v tomto časovém rozpětí vždy kladná, a nejvyšších hodnot dosahuje v roce 2012 (kladná bilance ve výši 879 868 tis. Kč) a následně v roce 2009 s kladnou bilancí 553 263 tis. Kč.

Ukazatelem pro posouzení stavu hospodaření je také stanovení průměrných příjmů a průměrných výdajů, které se vztahují na jednoho pojištěnce. Porovnání průměrných příjmů a průměrných výdajů na jednoho pojištěnce vybraných zdravotních pojišťoven ve sledovaném období let 2009–2013 dokumentují následující grafická zobrazení (viz obr. 4.1 a obr. 4.2).

⁴⁹ Posuzované zúčtovací období: od 1. 1. daného roku do 31. 12. téhož roku.

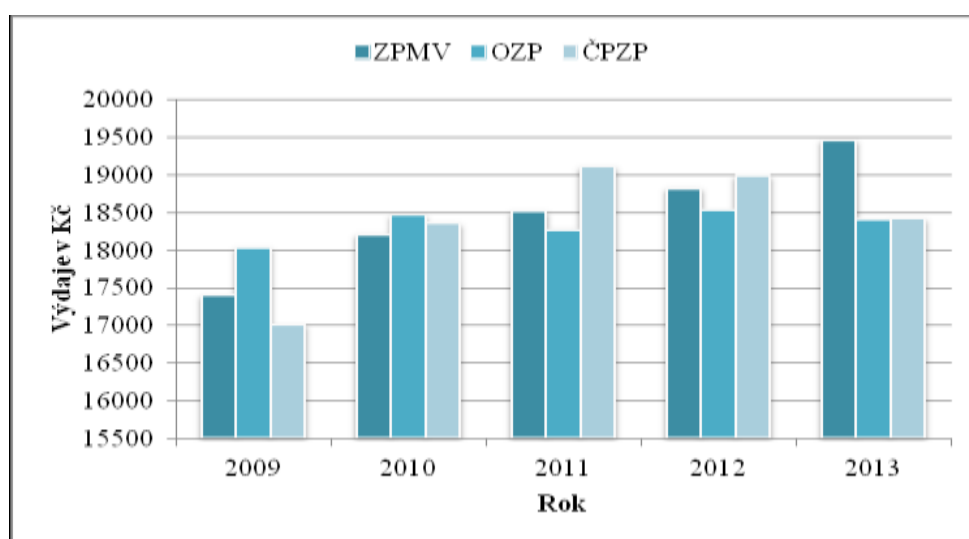
Obr. 4.1 Průměrné příjmy na jednoho pojištěnce v letech 2009–2013 (v Kč)



Zdroj: Výroční zprávy vybraných zdravotních pojišťoven v letech 2009–2013. Vlastní zpracování.

Průměrný nárůst příjmů na jednoho pojištěnce činí meziročně přibližně 1,95 % pro vybrané zdravotní pojišťovny ve sledovaném období let 2009–2013. Přitom nejvyšší příjmy, které se vztahují na jednoho pojištěnce, vykazuje ZPMV ČR. Jejich průměrná výše v časovém rozpětí let 2009–2010 dosahuje 18 911 Kč na jednoho pojištěnce (2,5 %). Další v pořadí je ČPZP, která vykazuje průměrnou výši příjmů na jednoho pojištěnce v částce 18 661 Kč (1,71 %) a následující třetí pořadí patří OZP, pro kterou platí částka 18 560 Kč na jednoho pojištěnce (1,64 %).

Obr. 4.2 Průměrné výdaje na jednoho pojištěnce v letech 2009–2013 (v Kč)



Zdroj: Výroční zprávy vybraných zdravotních pojišťoven v letech 2009–2013. Vlastní zpracování.

Průměrné výdaje na jednoho pojištěnce u vybraných zdravotních pojišťoven (viz obr. 4.2), vykazují ve sledovaném období, meziroční nárůst v průměru o 1,7 %. Nejvyšší průměrné výdaje na jednoho pojištěnce, ve výši 18 490 Kč (2,5 %) připadají ZPMV ČR. ČPZP eviduje průměrné výdaje na jednoho pojištěnce ve výši 18 382 Kč (2,1 %) a nejnižší nárůst těchto výdajů připadá na OZP, v průměru o 18 348 Kč (0,5 %).

Ze shrnutí výsledných údajů obrázků 4.1 a 4.2 vyplývá, že průměrné příjmy na jednoho pojištěnce ZPMV ČR převyšují průměrné výdaje na jednoho pojištěnce v celém sledovaném časovém rozpětí (viz příloha č. 4). Po srovnání výše uvedených veličin přepočtených na jednoho pojištěnce u ČPZP platí, že příjmy převážně převyšují výdaje s výjimkou hospodaření v roce 2011, kdy výdaje převyšují příjmy o 350 Kč/pojištěnce. Podobné výsledky hospodaření vykazuje také OZP. Její záporná bilance mezi průměrnými příjmy a průměrnými výdaji se vyskytuje jen v roce 2009 (-326 Kč/1 pojištěnec) a pak v roce 2010 (-13 Kč/1 pojištěnec)

Průměrné náklady na poskytnutou zdravotní péči ovlivňuje časový posun⁵⁰, odchod pojištěnců, kteří mají nízkou spotřebu zdravotní péče nebo naopak příchod vysoce nákladových pojištěnců.

Nepokryje-li vybrané pojistné po přerozdělení v daném roce úhrady zdravotní péče, deficit se hradí ze zůstatků na běžném účtu základního fondu zdravotního pojištění a zůstatků ostatních fondů, vytvořených hospodařením v předchozích letech.

4.1 Závazky a pohledávky vybraných zdravotních pojišťoven

Pro vyjádření stavu hospodaření základního fondu zdravotního pojištění byla použita metoda porovnání skutečných příjmů se skutečnými výdaji běžného účtu základního fondu zdravotního pojištění v zúčtovacím období. Použitím této metody vznikla účetní bilance, která nezohledňuje stav pohledávek a závazků vzniklých v daném období. Vzniklé pohledávky se zachycují účetním předpisem pojistného za plátcí pojistného a závazky jako předpis fakturace zdravotnických zařízení. Pohledávky a závazky se z účetního hlediska dělí takto:

- Pohledávky ve lhůtě splatnosti za plátcí pojistného, za zdravotnickým zařízením, za ostatními subjekty,
- Pohledávky po lhůtě splatnosti za plátcí pojistného, za zdravotnickým zařízením, za ostatními subjekty,

⁵⁰ Časový nesoulad mezi obdrženým vyúčtováním za poskytnutou zdravotní péči a jeho úhradou.

- Závazky ve lhůtě splatnosti za zdravotnickým zařízením a za ostatními subjekty,
- Závazky po lhůtě splatnosti za zdravotnickým zařízením a za ostatními subjekty.

Stav vykazovaných pohledávek a závazků pro vybrané zdravotní pojišťovny ve sledovaném období dokumentují následující tabulky 4.2, 4.3 a 4.4.

Tab. 4.2 Stav pohledávek a závazků ZPMV v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
Závazky ve lhůtě splatnosti	1 776 736	2 127 143	2 199 168	2 369 177	2 422 322
Pohledávky ve lhůtě splatnosti	1 912 514	1 881 153	1 958 808	2 000 418	2 118 368
Rozdíl (ve splatnosti)	-135 778	245 990	240 360	368 759	303 954
Závazky po lhůtě splatnosti	0	0	0	0	0
Pohledávky po lhůtě splatnosti	1 717 217	1 094 774	1 202 038	1 282 422	1 350 484
Rozdíl (po splatnosti)	1 717 217	1 094 774	1 202 038	1 282 422	1 350 484

Zdroj: Výroční zprávy ZPMV v letech 2009–2013. Vlastní zpracování.

Uvedené závazky ve lhůtě splatnosti se vztahují především k neuhrazené fakturaci zdravotnických zařízení nebo jiných subjektů z důvodů časového nesouladu převážně na konci a na začátku účetního období. Totéž platí i pro pohledávky ve lhůtě splatnosti. Pohledávka vznikla v daném účetním období, ve kterém je vedena, ale její splatnost vyprší teprve v období následujícím.

Pohledávky a závazky, které nebyly uhrazeny včas, se evidují jako pohledávky a závazky po splatnosti. Na výši pohledávek po splatnosti se nejvíce podílejí plátcí, kteří jsou v prodlení s úhradou předepsaného pojistného a to i několik let z důvodu druhotné platební neschopnosti. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR eviduje ve sledovaném období pohledávky po splatnosti v průměrné výši 1 329 387 tis. Kč (viz tabulka 4.2).

Tab. 4.3 Stav pohledávek a závazků OZP v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

	2009	2010	2011	2012	2013
Závazky ve lhůtě splatnosti	1 195 296	1 810 713	1 885 184	1 792 930	1 895 885
Pohledávky ve lhůtě splatnosti	113 595	1 304 037	1 640 251	1 448 332	1 633 037
Rozdíl (ve splatnosti)	1 081 701	506 676	244 933	344 598	262 848
Závazky po lhůtě splatnosti	0	0	0	0	0
Pohledávky po lhůtě splatnosti	1 892 443	1 162 789	1 167 483	1 303 837	1 448 149
Rozdíl (po splatnosti)	1 892 443	1 162 789	1 167 483	1 303 837	1 448 149

Zdroj: Výroční zprávy OZP v letech 2009–2013. Vlastní zpracování.

Z údajů výše uvedené tabulky 4.3 vyplývá, že OZP eviduje jak závazky a pohledávky ve lhůtě splatnosti, tak pohledávky již po splatnosti. Závazky po lhůtě splatnosti nemá žádné. Průměrná výše závazků ve lhůtě splatnosti je 1 716 002 tis. Kč, průměrná výše pohledávek ve splatnosti činí 1 227 850 tis. Kč. Pohledávek po splatnosti za plátcí pojistného eviduje OZP ve výši 1 394 940 Kč.

Souhrn předpisů závazků a pohledávek ve splatnosti a po splatnosti České průmyslové zdravotní pojišťovny uvádí tabulka 4.4.

Tab. 4.4 Stav pohledávek a závazků ČPZP v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

	2009	2010	2011	2012	2013
Závazky ve lhůtě splatnosti	1 320 155	1 235 561	1 616 312	2 330 203	2 620 402
Pohledávky ve lhůtě splatnosti	1 306 744	1 121 005	2 655 021	1 829 888	1 946 233
Rozdíl (ve splatnosti)	13 411	114 556	-1 038 709	500 315	674 169
Závazky po lhůtě splatnosti	0	0	0	0	0
Pohledávky po lhůtě splatnosti	1 725 384	875 834	810 343	1 585 797	1 909 828
Rozdíl (po splatnosti)	1 725 384	875 834	810 343	1 585 797	1 909 828

Zdroj: Výroční zprávy ČPZP v letech 2009–2013. Vlastní zpracování.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna také eviduje závazky a pohledávky ve lhůtě splatnosti, vzniklé převážně časovým nesouladem mezi fakturací a datem splatnosti na přelomu dvou účetních období. Ve sledovaném období převyšují závazky ve lhůtě splatnosti pohledávky ve splatnosti, s výjimkou roku 2011, kdy naopak převyšují pohledávky ve lhůtě určenou ke splatnosti o výši 1 038 709 tis. Kč. Závazky po lhůtě splatnosti ČPZP neeviduje žádné. Pohledávky po lhůtě splatnosti opět tvoří plátcí, kteří předepsané pojistné neuhradili včas. Průměrná výše těchto pohledávek po splatnosti činí 1 381 437 tis. Kč.

Evidované pohledávky po splatnosti u vybraných zdravotních pojišťoven jsou v roce 2009 téměř vždy vyšší, než v letech následujících. Tato disproporce je dána změnou ve výkaznictví, kdy od 1. 10. 2010 dochází k zavedení tvorby opravných položek k pohledávkám po splatnosti, vedoucí k jejich reálnému hodnocení. Opravná položka k pohledávkám po splatnosti se vytváří ve výši 5 % z dlužné částky za každých ukončených 90 dnů po datu splatnosti.⁵¹ Opravná položka v účetnictví je nástrojem k vykázání rizika neuhrazení části, resp. celé pohledávky po splatnosti do účetních výkazů. Jelikož zdravotní pojišťovny nemohly před 1. 10. 2010 takové opravné položky tvořit, docházelo

⁵¹ Předpis č. 503/2002 Sb. vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny.

ke zkreslování výše pohledávek v účetních výkazech. Ke zkreslování výše pohledávek dochází především

u pohledávek, které se nedaří dlouhodobě vymoci a přitom nejsou splněny podmínky pro odepsání zcela nedobytného dluhu podle § 26c zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Z uvedených údajů tabulek 4.2, 4.3 a 4.4 o výši pohledávek a závazků v uvedeném členění vyplývá, že částky představující pohledávky za plátcí pojistného po uplynutí splatnosti jsou vysoké a rostoucí. Pohledávky po době splatnosti se skládají z dlužného pojistného a také z příslušenství k pojistnému, kterými jsou pokuty, přírážky k pojistnému a penále.⁵²

Po zavedení předpokladu, že dlužné pojistné tvoří 50 % z celkových pohledávek po lhůtě splatnosti a tvrzení, že toto pojistné bylo vybráno, lze přepočítat výslednou bilanci tabulky 4.1 s ohledem na výše uvedené podmínky.

Tab. 4.5 Hypotetická nová výsledná bilance vybraných zdravotních pojišťoven v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

ZPMV ČR					
	2009	2010	2011	2012	2013
Pohledávky po splatnosti	1 717 217	1 094 774	1 202 038	1 282 422	1 350 484
z toho dlužné pojistné	858 609	547 387	601 019	641 211	675 242
Původní výsledná bilance	553 263	288 284	387 032	879 868	332 326
Nová výsledná bilance	1 411 872	835 671	988 051	1 521 079	1 007 568
OZP					
Pohledávky po splatnosti	1 892 443	1 162 789	1 167 483	1 303 837	1 448 149
z toho dlužné pojistné	946 222	581 395	583 742	651 919	724 075
Původní výsledná bilance	-221 191	-286 093	157 675	584 251	517 794
Nová výsledná bilance	725 031	295 302	741 417	1 236 170	1 241 869
ČPZP					
Pohledávky po splatnosti	1 725 384	875 834	810 343	1 585 797	1 909 828
z toho dlužné pojistné	862 692	437 917	405 172	792 899	954 914
Původní výsledná bilance	396 493	-10 216	-252 849	240 448	745 644
Nová výsledná bilance	1 259 185	427 701	152 323	1 033 347	1 700 558

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočty.

Údaje tabulky 4.5 znázorňují hypotetickou výši výsledné bilance, která vyjadřuje rozdíl mezi vybraným pojistným po přerozdělení a výdaji na poskytnutou zdravotní péči.

⁵² § 44 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Původní výsledná bilance vychází z údajů tabulky 4.1, ze které čerpá nová výsledná bilance. Z charakteristiky dat tabulky 4.5 vyplývá, že pokud by hypoteticky došlo k úhradě dlužného pojistného, výsledné bilance by byly vždy kladné a jejich výše by vzrostla přibližně 2,36 krát pro statistiku ZPMV, pro OZP asi 5,63 krát a pro ČPZP průměrně 4 krát.

Z uvedených údajů vyplývá, že je nutné posílit příjmovou stránku hospodaření zdravotních pojišťoven mimo jiné také tím, že se zlepší a zrychlí výběr dlužných částek pojistného u plátců. Problém souvisí s oznamovací povinností plátců pojistného, ve kterém se uvádějí údaje o počtu zaměstnanců, vyměřovacím základě a výši vypočteného pojistného pouze v součtu a nikoliv pro každého jednotlivého zaměstnance. Tato evidence může být zavádějící, protože dává prostor pro uvádění zkreslených údajů. Oddělená evidence by mohla přispět k větší přehlednosti příjmů a výdajů za pojištěnce. Možným řešením se nabízí propojení evidencí finančního úřadu, České správy sociálního zabezpečení a zdravotní pojišťovny.

4.2 Dílčí shrnutí

Metodika výkaznictví zdravotních pojišťoven se skládá ze dvou okruhů pro stanovení hospodářského výsledku v daném roce. Jeden okruh zachycuje tvorbu a čerpání základního fondu zdravotního pojištění ve formě účetního předpisu pojistného a předpis faktur poskytovatelů péče. Další okruh dokumentuje skutečné finanční toky na běžném účtu základního fondu zdravotních pojišťoven. Rozdíl mezi účetními předpisy a skutečnými toky finančních prostředků je dán výší pohledávek a závazků.

Pro objektivní posouzení stavu hospodaření základního fondu zdravotního pojištění pro vybrané zdravotní pojišťovny je vhodné použít porovnání skutečně vybraného pojistného po přerozdělení a skutečných výdajů za zdravotní péči ve sledovaném období.

Dalším ukazatelem srovnání stavu hospodaření je stanovení průměrných příjmů a průměrných výdajů na jednoho pojištěnce pro vybrané zdravotní pojišťovny v daném časovém horizontu. Metoda porovnání skutečných toků finančních prostředků abstrahuje od vzniklých pohledávek a závazků. Závazky a pohledávky se dělí dle splatnosti na závazky a pohledávky do termínu splatnosti a po lhůtě splatnosti. Pohledávky a závazky ve lhůtě splatnosti vznikají převážně časovým nesouladem na konci a začátku účetního období. Avšak pohledávky a závazky po lhůtě splatnosti vznikají neplněním povinností včasné úhrady předepsaného pojistného nebo vykázané spotřebované zdravotní péče. Pohledávky po lhůtě splatnosti se týkají především plátců pojistného, kteří jsou s platbou pojistného v prodlení

i několik let z důvodu druhotné platební neschopnosti. Tyto dluhy jsou mnohdy vymáhány bezvýsledně a významně snižují příjmovou stránku hospodaření zdravotní pojišťovny.

5 Závěr

Diplomová práce byla zaměřená na hospodaření vybraných zdravotních pojišťoven v rozmezí let 2009–2013. V českém pluralitním systému zdravotních pojišťoven působí celkem sedm zdravotních pojišťoven, z nichž jsou pro účely analýzy hospodaření vybrány tři zdravotní pojišťovny. Jsou jimi Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví a Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.

Hlavním cílem této diplomové práce je analýza hospodaření výše uvedených vybraných zdravotních pojišťoven a potvrzení nebo vyvrácení stanovených hypotéz, na základě rozborů příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven.

První kapitola uvozuje celou problematiku a popisuje soustavu veřejného zdravotního pojištění České republiky z hlediska činných zdravotních pojišťoven, které tvoří její páteř. Kapitola popisuje celkové hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění, udává příjmy a výdaje tohoto systému v druhovém členění.

Navazuje druhá kapitola, která se zabývá hospodařením vybraných zdravotních pojišťoven z hlediska skutečných toků příjmů a výdajů základního fondu zdravotního pojištění. Kapitola se zabývá podrobným popisem jednotlivých zdravotních pojišťoven, jejich stručnou historií a činností. Tabulkové přehledy obsahují údaje o počtu a složení smluvních partnerů, zdravotnických zařízeních, také přehled o vývoji počtu pojištěnců. Nedílnou součástí této kapitoly je rozbor skutečných příjmů a skutečných výdajů základního fondu zdravotního pojištění vybraných zdravotních pojišťoven.

Poslední kapitola shrnuje poznatky získané rozбором hospodaření základního fondu zdravotního pojištění v předchozí kapitole. Výsledkem rozboru hospodaření jsou výsledné bilance rozdílu mezi skutečnými příjmy a skutečnými výdaji vybraných zdravotních pojišťoven ve sledovaném období.

První hypotéza, že skutečné příjmy převyšují skutečné výdaje, se potvrdila bezvýhradně pouze u hospodaření základního fondu Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky. Ve sledovaném období vykazovala tato zdravotní pojišťovna vždy větší skutečné příjmy než skutečné výdaje, její výsledná bilance je v každém sledovaném roce kladná.

U Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví je výsledná bilance kladná pouze v letech 2011, 2012 a 2013. Obdobně se jeví výsledná bilance České průmyslové zdravotní pojišťovny, která je kladná v roce 2009, 2012 a 2013.

Druhá hypotéza, která tvrdí, že skutečně vynaložené výdaje na zdravotní péči na jednoho pojištěnce rostou, se potvrdila pouze u vynaložených výdajů na poskytnutou zdravotní péči u Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky, jejíž výdaje na jednoho pojištěnce rostou v celém sledovaném období.

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví vykazuje růst úhrad poskytovatelům zdravotní péče, přepočtené na jednoho pojištěnce, mezi lety 2009 a 2010, další růst pokračuje v letech 2011 a 2012.

Pro Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu platí, že její výdaje na jednoho pojištěnce rostou v období let 2009 až 2011, poté klesají.

Poslední kapitola se zabývá také vyčíslením pohledávek a závazků vybraných zdravotních pojišťoven ve sledovaném časovém pásmu. Pohledávky a závazky se dělí na pohledávky před splatností a po splatnosti, totéž platí také pro závazky. Největší podíl na pohledávkách mají pohledávky po splatnosti za plátcí, kteří zůstávají v prodlení s platbou předepsaného pojistného. Tato kapitola hypoteticky zobrazuje změnu stavu výsledné bilance rozdílu skutečných příjmů a skutečných výdajů, pokud by se podařilo vybrat dlužné pojistné.

Pro řešení problému výše skutečných příjmů a skutečných výdajů je třeba učinit některá opatření, která posílí příjmovou stránku hospodaření a naopak nedovolí nekontrolovanému zvyšování výdajů, při zachování kvalitní a dostupné zdravotní péče.

Opatření by měla směřovat ke kontrole toho, aby tempo růstu výdajů bylo vždy nižší, než tempo růstu příjmů, posílit příjmovou stránku hospodaření zdravotních pojišťoven z hlediska lepšího a rychlejšího vymáhání dlužných částek pojistného a navyšováním pojistného za pojištěnce, za které platí pojistné stát. Zajistit provázanost registrů zdravotních pojišťoven, České správy sociálního zabezpečení a finančních úřadů, a také zjednodušit a sjednotit způsob platby pojistného z různých zdanitelných příjmů.

Seznam literatury

a) Odborné knihy

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

ČERVINKA, Tomáš. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ*. 5. aktual. vyd. Olomouc: Anag, spol. s r.o., 2013. 174 s. ISBN 978-80-7263-765-2.

DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén 2005. 96 s. ISBN 80-7262-340-0.

MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha : Grada Publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-6378-1.

OCHRANA, F., J. PAVEL, L. VÍTEK a kolektiv. *Veřejný sektor a veřejné finance. Financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. Praha: Grada Publishing a. s. 2010 s. 264. ISBN: 978-80-247-3228-2.

PEKOVÁ, J., J. PILNÝ a M. JETMAR. *Veřejný sektor - řízení a financování*. Praha: Wolters Kluwer, 2012. 488 s. ISBN 978-80-7357-957-9.

POPESKO B., NOVÁK, P., TUČKOVÁ, Z., FIALOVÁ, Š., STROUHAL, J. *Kalkulace nákladů ve zdravotnických organizacích*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. 220 s. ISBN 978-80-7478-509-2.

ZLÁMAL, Jaroslav. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. upravené vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8.

b) Elektronické dokumenty a ostatní

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví. *Výroční zprávy v letech 2009–2013* [online]. OZP [26. 10. 2014]. Dostupné z: <http://www.ozp.cz/tiskove-centrum/vyrocnizpravy>.

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky. *Výroční zpráva 2009* [online]. ZPMV ČR [30. 10. 2014]. Dostupné z: http://www.zpmvcr.cz/_sys_/FileStorage/download/1/148/vz_2009.pdf.

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky. *Výroční zpráva 2010* [online]. ZPMV ČR [30. 10. 2014]. Dostupné z: http://www.zpmvcr.cz/_sys_/FileStorage/download/1/151/vz-2010.pdf.

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky. *Výroční zpráva 2011* [online]. ZPMV ČR [30. 10. 2014]. Dostupné z: http://www.zpmvcr.cz/_sys_/FileStorage/download/1/416/vz-2011.pdf.

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky. *Výroční zpráva 2012* [online]. ZPMV ČR [30. 10. 2014]. Dostupné z: http://www.zpmvcr.cz/_sys_/FileStorage/download/1/723/vz-2012-zpmvcr.pdf.

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky. *Výroční zpráva 2013* [online]. ZPMV ČR [30. 10. 2014]. Dostupné z: http://www.zpmvcr.cz/_sys_/FileStorage/download/2/1198/vz_2013.pdf.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Prerозdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění* [online]. MZ ČR [1. 12. 2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/prerозdelovani-pojistneho-na-verejne-zdravotni-pojisteni_3211_1.html.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zůstatky na fondech zdravotních pojišťoven* [online]. MZ ČR [1. 12. 2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/zustatky-na-fondech-zdravotnich-pojistoven_2952_1.html.

Parlamentní listy. *Zdravotní pojišťovny budou pod veřejnou kontrolou* [online]. [21. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.parlamentnilisty.cz/politika/politici-volicum/Ministr-Nemecek-Zdravotni-pojistovny-budou-pod-verejnou-kontrolou-353437>.

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky. *Výhody pro pojištěnce* [online]. ZPMV ČR [1. 4. 2015]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/pojistenci/vyhody-pro-pojistence/>.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. *Výroční zpráva 2011*. [online]. ČPZP [7. 10. 2014]. dostupné z: http://www.cpzp.cz/pdf/vz_2011_n.pdf.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. *Výroční zpráva 2010*. [online]. ČPZP [7. 10. 2014]. http://www.cpzp.cz/pdf/vz_2010.pdf.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. *Výroční zpráva 2009*. [online]. ČPZP [7. 10. 2014]. Dostupné z: http://www.cpzp.cz/pdf/vz_cpzp_2009.pdf.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. *Výroční zpráva 2012*. [online]. ČPZP [7. 10. 2014]. Dostupné z: http://www.cpzp.cz/pdf/vz_cpzp_2012.pdf.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. *Výroční zpráva 2013*. [online]. ČPZP [7. 10. 2014]. Dostupné z: http://www.cpzp.cz/pdf/vz_cpzp_2013.pdf.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Ekonomické informace* [online]. ÚZIS [4. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Vybrané ukazatele ekonomiky zdravotnictví v mezinárodním srovnání* [online]. ÚZIS ČR [13. 10. 2014]. Dostupné z:

<http://www.uzis.cz/rychle-informace/vytvorena-kopie-vybrane-ukazatele-ekonomiky-zdravotnictvi-mezinarodnim-srovnani>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ÚZIS. *Výdaje na zdravotnictví* [online]. ÚZIS ČR [1. 12. 2014]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/en/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/vydaje-na-zdravotnictvi>.

Ministerstvo financí ČR. *Závěrečné účty* [online]. MF ČR [24. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/vyhledavani?q=závěrečný+účet>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Vývoj minimální mzdy* [online]. MPSV [1. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/871>.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. *Zdravotně pojistný plán 2014* [online]. VZP ČR [14. 9. 2014]. Dostupné z <http://www.vzp.cz/uploads/document/zpp2014-konecna-verze-doplneni.pdf>.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. *Výroční zpráva 2010* [online]. VZP ČR [15. 10. 2014]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/uploads/document/vzp-cz-2010-pdf-150-dpi-pdf.pdf>.

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *Zdravotně pojistné plány* [online]. VZP ČR [25. 1. 2015]. Dostupné: <http://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/zdravotne-pojistne-plany>.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Struktura segmentů zdravotní péče* [online]. MZ ČR [4. 9. 2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vyvoj-rustu-nakladu-na-jednotlive-segmenty-zdravotnich-sluzeb-1997-2013_8429_114_1.html.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. *Základní údaje* [online]. ČPZP [24. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/clanek/45-0-Zakladni-udaje-o-CPZP.html>.

Vyhláška MF ČR 418 ze dne 27. listopadu 2003, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, v platném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2003, částka 138, s. 7118–7125. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2003&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=3>. ISSN 1211–1244.

Zákon č. 262 ze dne 21. dubna 2006 zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 84, s. 3146–3241. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=12>. ISSN 1211–1244.

Zákon č. 280 ze dne 28. dubna 1992 o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka

58, s. 1579–1582. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1992&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=8>. ISSN 1211–1244.

Zákon č. 48 ze 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16, s. 1186–1264. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211–1244.

Zákon č. 551 ze dne 6. prosince 1991 o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 104, s. 2728–2731. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1991&typeLaw=zakon&what=Rok>. ISSN 1211–1244.

Zákon č. 592 ze dne 20. listopadu 1992 o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 119, s. 3558–3565. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1992&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=2>. ISSN 1211–1244.

Nařízení vlády 567 ze dne 6. prosince 2006 o minimální mzdě, o nejnižších úrovních zaručené mzdy, o vymezení ztíženého pracovního prostředí a o výši příplatku ke mzdě za práci ve ztíženém pracovním prostředí, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 184, s. 7739–7766. ISSN 1211–1244.

Nařízení vlády 204 ze dne 15. září 2014, kterým se mění nařízení vlády č. 567/2006 Sb., o minimální mzdě, o nejnižších úrovních zaručené mzdy, o vymezení ztíženého pracovního prostředí a o výši příplatku ke mzdě za práci ve ztíženém pracovním prostředí, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2014, částka 86, s. 2354. ISSN 1211–1244.

Zákon České národní rady č. 550 ze dne 6. prosince 1991 o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 104, s. 2722–2727. ISSN 1211–1244.

Vyhláška č. 324 ze dne 17. prosince 2014 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačního omezení pro rok 2015. In: *Sbírka zákonů České republiky* 2014, částka 129, s. 4034–4127. ISSN 1211–1244.

Vyhláška č. 503 ze dne 6. listopadu 2002, kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2002, částka 174, s. 9790–9808. ISSN 1211–1244.

Seznam zkratek

ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
FM	Fond majetku
Fprev	Fond prevence
HDP	Hrubý domácí produkt
HZP	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna
ISO	Mezinárodní organizace pro normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví
IZIP	Elektronická zdravotní knížka
MF ČR	Ministerstvo financí České republiky
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
OBZP	Osoba bez zdanitelných příjmů
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
RF	Rezervní fond
SF	Sociální fond
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
v. z. p.	Veřejné zdravotní pojištění
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
ZFZP	Základní fond zdravotního pojištění
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZPMV ČR	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky
ZS	Zdravotnické služby
ZZ	Zdravotnická zařízení
ZZS	Zdravotní záchranná služba

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že diplomová práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do její skutečné výše).

V Ostravě dne 25. dubna 2015


.....
Jméno a příjmení studenta

Seznam schémat

Schéma 2.1 Znaky systému

Schéma 2.2 Systém „péče o zdraví“

Seznam obrázků

Obr. 2.1 Vývoj minimální mzdy v letech 2002–2013 (v Kč)

Obr. 2.2 Vývoj průměrného počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven (v tis.)

Obr. 4.1 Průměrné příjmy na jednoho pojištěnce v letech 2009–2013 (v Kč)

Obr. 4.2 Průměrné výdaje na jednoho pojištěnce v letech 2009–2013 (v Kč)

Seznam tabulek

- Tab. 2.1 Podíly celkových výdajů zdravotnictví na HDP ve vybraných zemích OECD za sledované období (v %)
- Tab. 2.2 Vyměřovací základ a pojistné u osob, za které platí pojistné stát (v Kč)
- Tab. 2.3 Příjmy veřejného zdravotního pojištění v letech 2002–2007 (v mil. Kč)
- Tab. 2.4 Příjmy veřejného zdravotního pojištění v letech 2008–2013 (v mil. Kč)
- Tab. 2.5 Průměrný počet pojištěnců k 31. 12. daného roku (v tis.)
- Tab. 2.6 Výdaje veřejného zdravotního pojištění v letech 2002–2007 (v mil. Kč)
- Tab. 2.7 Výdaje veřejného zdravotního pojištění v letech 2008–2013 (v mil. Kč)
- Tab. 2.8 Meziroční změna výdajů na zdravotní péči 2002–2008 (v %)
- Tab. 3.1 Počet smluvních zdravotnických zařízení
- Tab. 3.2 Počty registrovaných pojištěnců v letech 2009–2013
- Tab. 3.3 Příjmy a výdaje základního fondu ZPMV ČR v letech 2009–2013 (v tis. Kč)
- Tab. 3.4 Rozdíl celkových příjmů a výdajů ZFZP (2009–2013) v tis. Kč
- Tab. 3.5 Počet smluvních zdravotnických zařízení (2009–2013)
- Tab. 3.6 Počty pojištěnců OZP v letech 2009–2013
- Tab. 3.7 Příjmy a výdaje základního fondu OZP v letech 2009–2013 (v tis. Kč)
- Tab. 3.8 Rozdíl celkových příjmů a výdajů v letech 2009–2013 (v tis. Kč)
- Tab. 3.9 Počet smluvních ZZ v letech 2009–2013
- Tab. 3.10 Počty pojištěnců ČPZP v letech 2009–2013
- Tab. 3.11 Příjmy a výdaje základního fondu ČPZP v letech 2009–2013 (v tis. Kč)
- Tab. 3.12 Rozdíl celkových příjmů a výdajů v letech 2009–2013 (v tis. Kč)
- Tab. 3.13 Celkové příjmy a celkové výdaje rezervního fondu a fondu prevence v letech 2009–2013 (v tis. Kč).
- Tab. 4.1 Výsledné bilance hospodaření základního fondu zdravotního pojištění vybraných zdravotních pojišťoven v letech 2009–2013 (v tis. Kč)
- Tab. 4.2 Stav pohledávek a závazků ZPMV v letech 2009–2013 (v tis. Kč)
- Tab. 4.3 Stav pohledávek a závazků OZP v letech 2009–2013 (v tis. Kč)
- Tab. 4.4 Stav pohledávek a závazků ČPZP v letech 2009–2013 (v tis. Kč)
- Tab. 4.5 Hypotetická nová výsledná bilance vybraných zdravotních pojišťoven v letech 2009–2013 (v tis. Kč)

Seznam příloh

Příloha 1 - Vývoj zdravotních pojišťoven od jejich vzniku

Příloha 2 - Rozdíly v organizační struktuře mezi Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a ostatními zdravotními pojišťovnami

Příloha 3 - Hospodaření rezervního fondu a fondu prevence vybraných zdravotních pojišťoven v období 2009–2013 (v tis. Kč)

Příloha 4 - Příjmy a výdaje na jednoho pojištěnce vybraných zdravotních pojišťoven v letech 2002–2013 (v Kč)

Příloha č. 1 - Vývoj zdravotních pojišťoven od jejich vzniku

Název	Kód	Vznik	Zánik	Poznámka
Všeobecná zdravotní pojišťovna	111	1992		
Vojenská zdravotní pojišťovna	201	1992		
Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	205	1992		2009 změna názvu: Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
Zdravotní pojišťovna ATLAS	208	1992	1996	sloučena s Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou
Oborová ZP bank a pojišťoven	207	1992		
Stavební pojišťovna STAZPO	212	1992	2000	sloučena s Oborovou ZP bank a pojišťoven
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	209	1992		
Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR	211	1992		
Zdravotní pojišťovna GRÁL	203	1992	1997	sloučena se Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra ČR
Regionální zdravotní pojišťovna REZAPO	214	1992	1998	sloučena se Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra ČR
Zdravotní pojišťovna SALVUS	216	1993	1996	sloučena s Regionální ZP REZAPO
Zdravotní pojišťovna CRYSTAL	218	1993	1997	sloučena se Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra ČR
Zdravotní pojišťovna PRIMA	220	1994	1996	sloučena se ZP CRYSTAL
Revírní bratrská pojišťovna	213	1993		
Moravská zdravotní pojišťovna	206	1992	1996	sloučena s Revírní bratrskou pojišťovnou
Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE	217	1993	2009	sloučena s Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou
Česká národní zdravotní pojišťovna AGEL	227	2007	2009	sloučena s Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou
Zdravotní pojišťovna MÉDIA	228	2009	2011	sloučena se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou
Zdravotní pojišťovna SPORT	225	1994	1996	sloučena se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou
Moravskoslezská pojišťovna IMPULS	215	1992	1996	sloučena se ZP SPORT
Prostějovská zdravotní pojišťovna	219	1994	1996	sloučena se ZP SPORT
Zemědělsko - potravinářská ZP	223	1994	1996	sloučena se ZP SPORT
Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna RADIX	224	1994	1996	sloučena se ZP SPORT
Hornická zaměstnanecká pojišťovna	202	1992	1996	
Podniková ZP GARANT-HOSPITAL	204	1992	1997	
Mendlova zdravotní pojišťovna	221	1994	1997	
Zdravotní pojišťovna škodováků	210	1992	1996	sloučena se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou
ZP chemie, zdravotnictví a farmacie	226			vznik 1995, nezahájila činnost

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. MZ ČR [17. 5 2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html.

Příloha č. 2/1 - Rozdíly v organizační struktuře mezi Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a ostatními zdravotními pojišťovnami

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky je největší zdravotní pojišťovnou. U této pojišťovny je registrováno přibližně 60 % všech pojištěnců. Byla zřízena ustanovením zákona č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky z 6. prosince 1991.

Organizační strukturu tvoří:

- ústředí;
- regionální pobočky;
- klientská pracoviště.

Statutárním orgánem VZP ČR je ředitel, kterého jmenuje, resp. odvolává Správní rada a jeho funkční období trvá čtyři roky. V čele pobočky stojí ředitel regionální pobočky, který podléhá řediteli VZP ČR. Orgány VZP jsou správní a dozorčí rada. Jejich prostřednictvím se mohou pojištěnci, zaměstnavatelé a stát účastnit řízení VZP. Funkční období členství v těchto orgánech je rovněž čtyřleté. Členové nejsou vůči VZP v pracovněprávním vztahu, ale mají nárok na náhradu výdajů spojených s výkonem funkce ve správní radě, resp. dozorčí radě v souladu se zdravotně pojistným plánem.

Správní rada schvaluje organizační řád, rozhoduje o návrhu zdravotně pojistného plánu, návrhu účetní závěrky a výroční zprávy. Také jedná o objemu úhrad pro poskytovatele zdravotní péče, jmenuje a odvolává ředitele, stanoví zásady provozu, činnosti a smluvní politiky. Správní rada má 30 členů, z toho 10 členů jmenuje Vláda ČR, zbylých 20 členů volí Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, podle poměrného zastoupení politického spektra ve sněmovně. Předseda a místopředseda správní rady svolávají a řídí jednání správní rady. Správní rada je usnášeníschopná pouze v případě, je-li přítomna nadpoloviční většina všech členů.

Úkolem dozorčí rady je dohlížet nad dodržování právních předpisů a nad celkovým hospodařením. Dozorčí rada projednává návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a výroční zprávy. Její stanovisko se předkládá na společném jednání správní a dozorčí rady.

Dozorčí rada má 13 členů, z toho 3 jmenuje Vláda ČR a 10 členů je voleno Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR shodně jako u volby správní rady. Dozorčí rada rozhoduje hlasováním a k přijetí předmětného rozhodnutí musí souhlasit nadpoloviční většina členů.

Příloha č. 2/2 - Rozdíly v organizační struktuře mezi Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a ostatními zdravotními pojišťovnami

Resortní, oborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny

Vznik, činnost a zánik ostatních zdravotních pojišťoven vyplývá ze zákona č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách ze dne 28. dubna 1992. Resortní pojišťovnou je ta, která provádí veřejné zdravotní pojištění pro zaměstnance organizací založených (zřízených) ministerstvem. Oborová zdravotní pojišťovna zajišťuje provádění veřejného zdravotního pojištění pro zaměstnance jednoho oboru. Pro zaměstnance jednoho nebo více podniků je založena podniková zdravotní pojišťovna.

Resortní, oborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny nevznikají ze zákona, ale na základě získané licence, o které rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví ČR na základě vyjádření Ministerstva financí ČR. Žadatel se musí zavázat, že do jednoho roku po založení bude disponovat 100 000 pojištěnců a složit kauci ve výši 100 mil. Kč.

Schéma organizační struktury, postavení správní rady, dozorčí rady a dalších orgánů upravuje statut. V čele zdravotní pojišťovny stojí ředitel, kterého jmenuje/odvolává správní rada. Jeho funkční období je čtyřleté.

Správní rada má stejné povinnosti a pravomoci jako správní rada VZP ČR. Správní rada má však jen 15 členů, z toho 5 členů jmenuje Vláda ČR a 10 členů volí zaměstnavatelé a pojištěnci ze svých řad. Volí se tak, že 5 členů je voleno z kandidátů, které navrhnou reprezentativní organizace zaměstnavatelů a dalších 5 členů předkládají odborové organizace. Pravidla pro usnášeníschopnost se od VZP neliší.

Dozorčí rada má pouze 9 členů. Vláda ČR jmenuje 3 z nich, zbylých 6 je voleno z řad pojištěnců. Přitom 3 kandidáty předkládají reprezentativní orgány zaměstnavatelů a 3 členy reprezentativní odborové organizace.

Příloha č. 2/3 - Rozdíly v organizační struktuře mezi Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a ostatními zdravotními pojišťovnami

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	Ostatní zdravotní pojišťovny
Vznik: Ze zákona č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR v platném znění.	Vznik: Na základě udělené licence dle zákona č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách v platném znění.
Organizační struktura: Ústředí, regionální pobočky, klientská pracoviště Statutární orgán: ředitel VZP	Organizační struktura: Stanoveno na základě statutu Statutární orgán: ředitel ZZP
Správní rada: 30 členů - 10 členů jmenuje vláda ČR, 20 členů volí Poslanecká sněmovna	Správní rada: 15 členů – 5 členů jmenuje vláda ČR, 10 členů voleno z řad pojištěnců zaměstnavateli a pojištěnci
Dozorčí rada: 13 členů – 3 členové jmenuje vláda ČR, 10 členů volí Poslanecká sněmovna	Dozorčí rada: 9 členů – 3 jmenuje vláda ČR, 6 voleno z řad pojištěnců zaměstnavateli a pojištěnci
Fondové hospodaření dle vyhlášky č. 418/2003 Sb. o fondech v platném znění	Fondové hospodaření dle vyhlášky č. 418/2003 Sb. o fondech v platném znění
Zánik: Není definován ze zákona č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR v platném znění.	Zánik: Výmazem z obchodního rejstříku, zrušením s likvidací nebo bez likvidace
Zdrojem základního fondu jsou penále, přírážky k pojistnému, pokuty, úroky.	Penále, pokuty, přírážky k pojistnému a úroky jsou příjmy základního fondu v případě nevyrovnaného hospodaření tohoto fondu.
Zdrojem provozního fondu jsou také pohledávky za ostatními zdravotními pojišťovnami, za poskytovateli péče, za vydávání periodik a číselníků, které se z něj hradí.	

Zdroj: Vyhláška MF ČR 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, v platném znění.

Příloha č. 3 - Hospodaření rezervního fondu a fondu prevence vybraných zdravotních pojišťoven v období 2009–2013 (v tis. Kč)

ČPZP	Rezervní fond					tis. Kč
	2009	2010	2011	2012	2013	
Počáteční zůstatek	78 909	158 148	174 250	191 407	325 486	
Celkové příjmy RF	129 242	16 104	17 160	134 066	14 063	
Celkové výdaje RF	50 003	2	3	3	18	
Konečný zůstatek	158 148	174 250	191 407	325 470	339 531	

	Fond prevence				
	2009	2010	2011	2012	2013
Počáteční zůstatek	41 217	157 335	131 333	202 043	253 916
Celkové příjmy Fprev	305 890	277 796	248 621	208 651	216 129
Celkové výdaje Fprev	189 772	303 798	177 911	156 778	289 364
Konečný zůstatek	157 335	131 333	202 043	253 916	180 681

OZP	Rezervní fond					tis. Kč
	2009	2010	2011	2012	2013	
Počáteční zůstatek	132 363	144 707	144 373	175 325	188 800	
Celkové příjmy RF	12 427	12 192	41 456	13 496	9 826	
Celkové výdaje RF	83	12 526	10 504	21	50 000	
Konečný zůstatek	144 707	144 373	175 325	188 800	148 626	

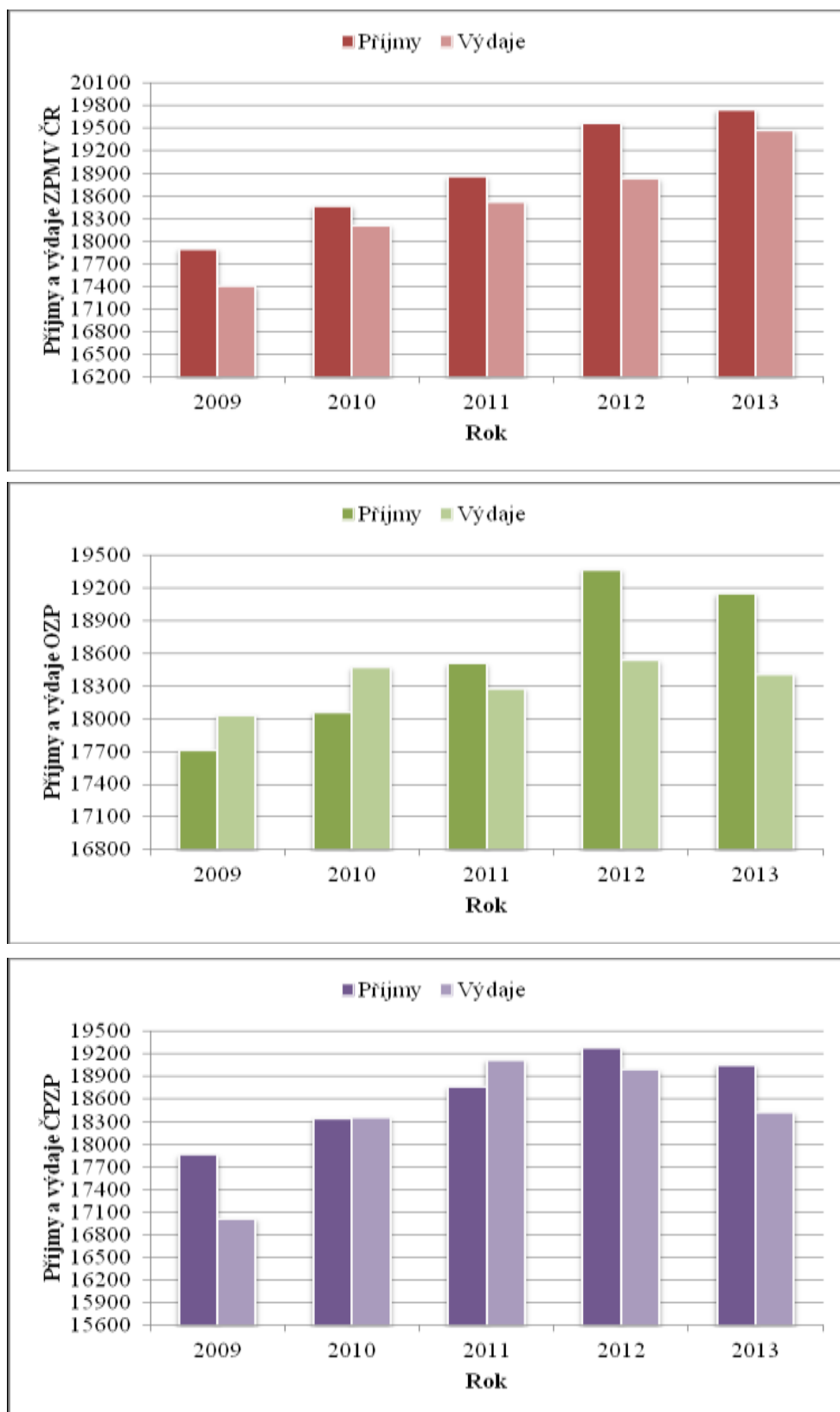
	Fond prevence				
	2009	2010	2011	2012	2013
Počáteční zůstatek	211 955	109 692	55 650	61 203	52 456
Celkové příjmy Fprev	99 284	50 788	69 356	69 041	77 838
Celkové výdaje Fprev	201 547	104 830	63 803	77 788	78 284
Konečný zůstatek	109 692	55 650	61 203	52 456	52 010

ZPMV	Rezervní fond					tis. Kč
	2009	2010	2011	2012	2013	
Počáteční zůstatek	228 961	251 515	244 943	224 772	260 022	
Celkové příjmy RF	22 559	20 154	16 370	60 722	91 349	
Celkové výdaje RF	5	26 726	36 541	25 472	77 195	
Konečný zůstatek	251 515	244 943	224 772	260 022	274 176	

	Fond prevence				
	2009	2010	2011	2012	2013
Počáteční zůstatek	126 144	5 204	21 133	55 009	86 549
Celkové příjmy Fprev	141 866	94 056	134 806	128 535	154 111
Celkové výdaje Fprev	262 806	71 127	107 930	96 995	96 846
Konečný zůstatek	5 204	28 133	55 009	86 549	143 814

Zdroj: Výroční zprávy ZPMV ČR, OZP a ČPZP v letech 2009–2013. Vlastní zpracování.

Příloha č. 4 - Příjmy a výdaje na jednoho pojištěnce vybraných zdravotních pojišťoven v letech 2002–2013 (v Kč)



Zdroj: Výroční zprávy vybraných zdravotních pojišťoven 2009–2013. Vlastní zpracování.